



Носачёв Г. Н., Баранов В. С.

Семиотика психических заболеваний (общая психопатология)

Содержание.

1. От авторов.
2. Общая психопатология в свете современной методологии диагностики психических заболеваний
3. Клинико-психопатологическое исследование в общей психопатологии
 - 3.1. Некоторые общие положения
 - 3.2. Методологические основы клинико-психопатологического метода исследования
 - 3.3. Этапы клинико-психопатологического исследования
4. Роль и место личности в общей психопатологии
5. Психопатологические симптомы (психиатрическая семиотика)
 - 5.1. Симптомы патологии ощущений, восприятия и представления
 - 5.2. Симптомы патологии памяти
 - 5.3. Патология внимания
 - 5.4. Нарушения мышления, речи и интеллекта
 - 5.5. Симптомы патологии эмоций

5.6.Симптомы патологии воли

5.7. Симптомы патологии сознания, самосознания и сна

6. Основные психопатологические синдромы

6.1. Позитивные психопатологические синдромы

6.2. Негативные (дефицитарные) психопатологические синдромы

1. От авторов

Психиатрия занимает особое положение среди клинических дисциплин. Это определяется специфичностью ее методов и объекта познания (больного субъекта- болезненно измененной психики человека) и необходимостью использования методик психофизиологического, психологического и социологического исследований. Однако психиатрия при всей своей социальной и социально-психологической направленности остается медицинской наукой, опирающейся на достижения общей патологии и тесно связанной с другими клиническими дисциплинами. Идет интеграция знаний психиатрии с другими клиническими дисциплинами, например, психосоматическая медицина.

Отсюда становится ясным, что совершенствование знаний семиотики психических заболеваний диктуется не только требованиями каждодневной психиатрической практики и необходимостью повышения качества подготовки специалистов, включая последипломное усовершенствование, но и подготовку врача широкой практики, семейного врача.

В учебном пособии показаны роль и место общей психопатологии в диагностическом процессе, упорядочены и систематизированы сведения о семиотике психических заболеваний — от симптомов до позитивных и негативных синдромов, личности и основных формах ее патологии. Без нее невозможно изучение частной психиатрии, единство диагностического, терапевтического и социально- реабилитационного процессов в психиатрии.

В пособии обобщен богатый опыт наших предшественников работавших на кафедре психиатрии Самарского (Куйбышевского) государственного медицинского университета (института), и наш личный многолетний клинический и педагогический опыт.

2.Общая психопатология в свете современной методологии диагностики психических заболеваний.

Психиатрия — клиническая дисциплина, изучающая распространение, клинику, диагностику и лечение психических заболеваний, их этиологию, патогенез, организацию психиатрической помощи, социальные аспекты (вопросы реабилитации, психопрофилактики психических болезней и т. д.).

Традиционно психиатрию подразделяют на общую психиатрию (общую психопатологию, семиотику психических заболеваний), исследующую основные, свойственные многим психическим заболеваниям, закономерности проявлений и развития патологии психической деятельности (например, бред, галлюцинации, депрессию и т. п.), принципы классификации, методы исследования; и частную психиатрию, изучающую клинику, диагностику, лечение отдельных психических заболеваний, их этиологию и патогенез, организационные и социальные вопросы.

Диагностика психических заболеваний невозможна без методологического определения понятий. Различают целый ряд понятий в общем подходе к диагностике душевных заболеваний: норма, патология, болезнь (психическое

заболевание), психоз, психическое расстройство (нарушение), невроз, расстройства личности.

Определение понятия “норма” (психическая норма) наиболее сложное и противоречивое. Наверное, правильнее говорить о патологии и болезни, чем искать четкое определение нормы. В широком и узком смысле применяются понятия “норма”, “здоровье”, а также “патология” и “болезнь”. Понятие “здоровье” шире, чем понятие “норма”; последнее предполагает лишь идеальное состояние оптимального функционирования. “Патология” не всегда означает “болезнь” (например, полидактилия), так как здоровье не исключает патологию, не достигающую степени заболевания. Конечно, в таких случаях более уместно говорить о “практическом здоровье”. В психиатрии нередко отождествляют понятия “психическое заболевание” и “психоз”. Психозы составляют только часть психических заболеваний и обозначают выраженные качественные расстройства психической деятельности (бред, галлюцинации, помрачение сознания и т. п.). Так, шизофрения является психическим заболеванием, но только обострение заболевания может быть названо психозом. К психическим заболеваниям относятся и неврозы, проявляющиеся преимущественно количественными и неглубокими качественными (фобии, сенестопатии и т. п.) нарушениями психической деятельности. Возможны и другие легкие психические расстройства (например, астенический или невротические синдромы при гипертонической болезни, атеросклерозе), расстройства личности (психопатии, акцентуации характера), в том числе обусловленные органическими поражениями головного мозга, интоксикациями и т. п.; умственное недоразвитие (олигофрении). С. С. Корсаков в свое время писал, что психиатрия представляет собой учение о душевных расстройствах вообще, а не только о выраженных психозах.

Стереотип развития болезни может выступать в качестве общепатологического, свойственного всем болезням, в том числе психическим, и стереотипа нозологического, присущего отдельным болезням (Давыдовский И. В., 1962). Но стереотип соматической болезни более прост, при психическом заболевании стереотип касается не только “заболевания головного мозга, но и всего организма”, но и функции головного мозга — психики, создавая вместе клинический стереотип болезни, но и включает еще психологические (патопсихологические), личностные и даже микросоциальные нарушения.

Вот как представляет себе меру вероятности возникновения того или иного заболевания С. Б. Семичов (1987) (табл. 1).

Диагностика психических расстройств начинается с выделения ведущих симптомов, складывающихся в синдром, синдромы в нозологическую клиническую единицу — в болезнь. Без правильной диагностики невозможна правильная терапевтическая стратегия и тактика, реабилитационные и риадаптационные мероприятия. А без них невозможно правильное лечение, выздоровление, а следовательно, от них зависит судьба, а нередко и жизнь больного.

По мнению К. Е. Тарасова (1965), диагностику составляют три основных, неразрывно связанных друг с другом аспекта распознавания болезни: логический — специфика мышления врача в процесс установления диагноза; технический — разработка различных специфических методов обследования больного и семиотический — изучение диагностического значения симптомов и синдромов,

Идеальная норма (вероятность болезни — 0)

Индивидуальная устойчивость

Гетеротипические акцентуации характера (с предрасположенностью к другим заболеваниям)

Гетеротипические конституциональные варианты (не располагающие к данному заболеванию)

Среднестатистическая норма

Предпочтительный конституциональный тип, предрасполагающий к данному заболеванию

Предпочтительная акцентуация характера, предрасполагающая к данному заболеванию

Патос. Повышенный риск. Индивидуальное предрасположение

Предболезнь (вероятность болезни — 100%)

Болезнь (конкретная нозологическая форма)

Выделение признаков болезни (симптомов) — первый этап диагностики.

Признак болезни — понятие клиническое, он связан, с одной стороны, с непосредственным восприятием врачом ее отдельных свойств и качеств у конкретного пациента. Выделение отдельных признаков и качеств у конкретного больного отражает эмпирически, чувственный уровень познания. Но выделение симптомов только начало диагностического процесса, далее следует их классификация, группирование, познание их взаимосвязи, т. е. они подвергаются клиническому анализу; терминологическому типированию и систематизации (выделению синдрома) — второй этап диагностики.

На третьем этапе диагностики формируется представление о синдромогенезе, синдромокинезе, синдромотаксисе. На этом уровне синдромы клинического уровня сопоставляются с синдромами соматического, неврологического, иммунологического, метаболического и других уровней и формируют не только клиническую “картину болезни”, но и раскрывают многие звенья патогенеза, что позволяет объединить их в диагностическую гипотезу.

На четвертом этапе на основании диагностической гипотезы идет уточнение как клинических, ранее “незамеченных” или невыявленных симптомов, так и параклинических феноменов, т. е. сопоставление причинно-следственных связей между особенностями психопатологической симптоматики и возможными этиопатогенетическими факторами — эндогенными, экзогенными, психогенными, следовыми, личностными, позволяющими не только провести завершающую диагностику, но и выстроить полностью обоснованную терапевтическую тактику.

На пятом этапе происходит анализ особенностей видоизменения симптоматики (усиление, углубление или послабление, смена ведущих синдромов) в процессе течения и лечения заболевания. Наконец, на последнем этапе уточнение диагноза по данным катamnестических

наблюдений, установление возможных изменений личности, определение прогноза, выработка социальных и реабилитационных мероприятий, вторичной и третичной профилактики.

Симптом — начало всех начал в клинической медицине и в психиатрии, в частности. Симптом — это единичный, частный признак нарушения функций организма в общем клиническом проявлении психического заболевания, неблагополучия в психической сфере человека. Еще известный немецкий психиатр К. Крафт-Эбинг писал: “Отдельный симптом и его подробный анализ не могут привести нас к желаемой цели — к распознаванию болезни. Отдельный симптом приобретает значение только в совокупности и взаимосвязи с остальными симптомами — в симптомокомплексе”. Целостное, качественно новое представление о характере болезненного процесса может дать только совокупность симптомов (синдром), базирующихся на единых патогенетических механизмах.

Психопатологические симптомы делятся на позитивные и негативные. Позитивные обозначают признаки патологической продукции психической деятельности, появление признаков, которые не встречаются при нормальной психической деятельности (сенестопатии, галлюцинации, бред, тревога, страх, тоска, мания, психомоторное возбуждение и т. д.). Негативные соответствуют признакам обратимого или стойкого, прогрессирующего или регрессирующего ущерба, изъяна, потери, дефекта, утраты того или иного психического процесса из целостной психической деятельности, минус-симптом (гипомнезия, амнезия, гипобулия, абulia, апатия и т. п.). Позитивные и негативные симптомы в клинической картине болезни выступают в единстве, сочетании и имеют, как правило, обратно пропорциональное соотношение: чем более выражены негативные симптомы, тем менее — позитивные (фрагментарнее и бледнее).

До настоящего времени идет дискуссия между психиатрами о субъективности психопатологических симптомов. И. Н. Осипов и П. В. Копнин полагали, что наиболее правильной и логически оправданной является классификация симптомов по способу их обнаружения и достоверности. Авторы выделили субъективные (жалобы пациента, его анамнестические сведения о болезни и их субъективная интерпретация) и объективные (информация о больном, полученная врачом с помощью объективных методов исследования) симптомы. Субъективные и объективные симптомы, в свою очередь, подразделили на достоверные и вероятные, а последние — на достаточно вероятные и маловероятные, считая, что субъективные симптомы в значительной мере должны быть отнесены к категории вероятных, но недостоверных, так как они не могут быть объективно проверены и воспроизведены. Но то, что правильно для соматических болезней (симптомов), верно, но не полностью отражают субъективные симптомы психической болезни. Анализ субъективных симптомов психической болезни осуществляется на совершенно другой методологической и теоретической основе.

Психопатологические симптомы не регистрируются с помощью существующих методик (что возможно только в отношении физиологических, биохимических и других компонентов психопатологических явлений), а также не воспроизводятся экспериментально. Они субъективны, хотя и являются производным страдающего материального субстрата (головного мозга). Следовательно, в психиатрической практике познающий субъект (врач-психиатр) исследует преимущественно субъективные проявления

(психопатологические симптомы), но наряду с этим и объективную (сомато-неврологическую) симптоматику другого.

Психическая болезнь проявляется не единичным симптомом, а их набором. Структура и характеристика симптома зависят от рода заболевания (экзо-, эндо-, психо- и соматогенное происхождение или их сочетание), характера повреждения (воспаление, интоксикация, дегенерация и др.), особенностей нейрогуморальных механизмов, связанных с формированием комплекса признаков болезни, от особенностей личности и ее реагирования на отдельные симптомы и т.д. За каждым клиническим психопатологическим симптомом, выявляемым клинико-психопатологическим методом (глава 2), скрывается ряд симптомов другого более низкого уровня (физиологического, иммунологического, биохимического и др.. (табл. 1).

Патологические признаки и методы их выявления

(по Бухановскому А.О. с соавт.).

Иерархия уровней функционирования организма	Признаки соответствующих уровней патологического функционирования организма	Методы
Психический	Психопатологические	Клинические: наблюдение, беседа, осмотр, изучение продуктов творчества, анамнез, экспериментально-психологические и нейропсихологические исследования и др.
Физиологический	Отражающие патофизиологические явления, в т.ч. высшей нервной деятельности)	Клинические и параклинические: физикальный (аускультация), неврологический, ЭЭГ, реоэнцефалогический, теометрия и др.
Иммунологический и метаболический	Отражающие патоиммунные процессы нарушения метаболизма	Иммунологические, биохимические и т.д.
Структурный (образование и функционирование белков)	Структурные (на уровнях молекулярном, органелл, клеточном,	Гистохимические, радиоизотопные, микроскопические, ультразвуковые,

	тканей, органов, систем)	рентгенологические, физикальные (пальпация, перкуссия), антропометрические, эндоскопические, цитологические и т.д.
Генетический	Обнаруживающие мутацию генов или хромосом	Генетические, цитогенетические, генеалогический, близнецовый и т.д.

Совокупность симптомов, выявленных в процессе обследования конкретного пациента, образует симптомокомплекс (синдром). Синдром — это строго формализованное описание симптомов, которые связаны между собой патогенетически, и соотнесенное с определенными нозологическими единицами. Симптомокомплекс может не совпадать по количеству симптомов с синдромом, включать симптомы, не входящие пока ни в один синдром, а также представлять собой сочетание нескольких позитивных и негативных синдромов (психопатологических, вегето-висцеральных, неврологических, соматических). Особенности психопатологического синдрома связаны с характером и уровнем поражения определенных функциональных систем головного мозга, т. е. материального субстрата, и, естественно, с нарушением социально выработанных форм адаптации. Особенности психопатологического синдрома представляют собой следствие взаимодействия причинного патогенного фактора с защитными и адаптационными механизмами организма и личности и поэтому должны отражать их особенности и особенности их взаимодействия. Симптомы и синдромы — теоретические понятия — позволяют описать болезнь строго формализовано, что дает возможность врачу при формировании диагноза перейти от констатации наличия патологии вообще к распознаванию патогенеза и этиологии болезни, т. е. к пониманию ее сущности.

Для более глубокого понимания структуры психопатологического синдрома следует разделять их на обязательные (среди них выделяются ведущие), дополнительные и факультативные симптомы.

Ведущие симптомы характеризуют принадлежность данного психопатологического синдрома к определенной группе. Без этих симптомов не существует данного синдрома, его отнесения к данной классификационной группе. Например, к ведущим относят симптом тоски при депрессивных синдромах. Обязательные симптомы, как и ведущие, имеют прямое отношение к патогенетическим механизмам развития болезни и тесно с ним связаны. Именно они также позволяют выделить из группы синдромов конкретный синдром, диагностировать его типичный вариант и отделить от других сходных состояний. Например, ведущий симптом — витальная тоска — позволяет отнести феномен болезни к группе депрессивных синдромов, а обязательные симптомы — двигательная и интеллектуальная заторможенность — отнести к классическому варианту депрессивного синдрома. К дополнительным симптомам относят признаки, которые закономерно встречаются в рамках данного синдрома, но могут и отсутствовать. Например, при депрессивном синдроме могут присутствовать или отсутствовать депрессивные бредовые идеи самообвинения, виновности,

греховности, суицидальные мысли и действия. Факультативные симптомы еще меньше связаны с базисным патогенезом синдромообразования, но могут отражать патопластические факторы ("почвы", личностные особенности и др.). Например, при депрессивном синдроме в качестве факультативных симптомов могут наблюдаться фобии, obsессии, галлюцинации и др.

Следовательно, разделение симптомов, образующих синдром, на ведущие, обязательные, дополнительные и факультативные позволяет отнести конкретное синдромальное образование к той или иной классификационной группе, а также выделить его в конкретный вид, определить форму, выраженность, типичный или атипичный вариант синдрома.

Психопатологические синдромы ни что-то застывшее, однообразное, а изменяющиеся структуры, что обозначается как синдромокинез (раздел семиотики). Но кроме возникновения, становления, развития и регресса психопатологического синдрома имеется и взаимосвязь синдромов (синдромотаксис). Каждое заболевание имеет свой предпочтительный синдромотаксис,

До настоящего времени остаются актуальными выводы, сформулированные в 30-е годы А. С. Кронфельдом, в результате критического анализа многочисленных работ наиболее известных то время психиатров:

1. Синдромологические исследования целесообразны и плодотворны лишь постольку, поскольку они ведутся в рамках клинко-нозологической систематики. Противопоставление концепции "эндогенных процессов" (Э. Крепелин) и концепции "экзогенных типов реакций" (К. Бонгеффер) теоретически и клинически ошибочно, так как психопатологический синдром является результатом взаимодействия фило- и онтогенетической реактивной предрасположенности (по Э. Крепелину), "преформированных механизмов" и внешних болезнетворных факторов.
2. Различные клинические формы психических болезней могут иметь один и тот же синдром, возникновение которого в определенной степени обусловлено своеобразием течения или локализации патологического процесса, дисгармоничностью конституциональных особенностей личности.
3. При одной и той же клинической форме психического заболевания в различных случаях синдром может иметь различную структуру. Один и тот же синдром при одном и том же заболевании может вызываться патологическим процессом или возникать как реакция на него личности.
4. Хотя психопатологический синдром не специфичен для определенной психической болезни, т. е. его появление не всегда обусловлено одним и тем же заболеванием, но все же он принимает специфическую окраску того заболевания, при котором он возникает. Не синдром как таковой (он неспецифичен), а особенности его структуры в отдельных случаях позволяют определить, какая болезнь лежит в его основе. Эти особенности лишь относительно патогномичны, но свидетельствуют о том, что структура синдрома имеет или может иметь отношение к ведущим психическим расстройствам, обусловленным заболеванием. Клиническая проблема синдрома состоит в распознавании его структуры и в отношении этой структуры к болезненному процессу в целом.
5. Одинаковые синдромы могут быть обусловлены не только конституциональными особенностями личности, но и экзогенным процессом. Ни один синдром не может возникнуть лишь в результате

эндогенных нарушений. Однако вопрос о существовании исключительно экзогенно обусловленных синдромов остается еще открытым.

6. Индивидуально унаследованная патологическая реактивная предрасположенность может влиять на патогенез психозов, но никогда не становится определяющим (фактором этого патогенеза. Основа синдрома различна при различных ситуациях и формах заболеваний. Причем она “никоим образом не может быть исключительно наследственной, индивидуально-конституциональной”, хотя ее и следует учитывать наряду с другими факторами.
7. Клиническое выражение психопатологического синдрома не всегда специфично в отношении вызванной его причины. Ведь в ряде случаев причина психопатологического синдрома лишь предполагаема, а его особенности зависят еще от быстроты (темпа) развития патологического процесса и многих других факторов. Например, по данным К. Джексона, клиническая форма психопатологического синдрома и его нозологическая типичность определяются четырьмя факторами: степенью глубины расстройства дифференциации “функциональной системы” (“диссолюция” более высоких функций и растормаживание менее дифференцированных), индивидуальными особенностями личности, темпом нарушения дифференциации функций и всеми остальными соматическими или экзогенными условиями.

Вопрос о нозологической типизации психопатологических синдромов до настоящего времени не решен. Это особенно ярко проявляется в так называемом сужении или расширении диагностики отдельных психозов, например, шизофрении, в отсутствии четких дифференциально-диагностических критериев понятий “психоз”, “непсихотические состояния”, “невроз”, в возникновении в диагностике взаимоисключающих тенденций — к нозологическому догматизму или единому- психозу. Психопатологические синдромы не существуют вне нозологически самостоятельных болезней.

Модель соотношения позитивных и негативных синдромов и нозологических форм А. В. Снежневским представлена в виде девяти кругов (слоев) психопатологических расстройств, включенных друг в друга: позитивных — эмоционально-гиперэстетические (в центре — астенический синдром, присущий всем болезням) (1); аффективные (депрессивные, маниакальные, смешанные) (II); невротические (навязчивые, истерические, деперсонализационные, сенестопатически- ипохондрические (III); паранойяльные, вербальный галлюциноз (IV); галлюцинаторно-параноидные, парафренные, кататонические (V); помрачения сознания (делирий, аменция, сумеречное состояние) (VI); парамнезии (VII); судорожные припадки (VIII); психоорганические расстройства (IX); негативные — истощаемость психической деятельности (1), субъективно и объективно осознаваемые изменения “Я” (II—III), дисгармония личности (IV), снижение энергетического потенциала (V), снижение уровня и регресс личности (VI—VII), амнестические расстройства (VIII), тотальное слабоумие и психический маразм (IX). Им же сопоставлены укрупненные позитивные синдромы с нозологически самостоятельными болезнями. В рамках 1 уровня рассматриваются наиболее общие позитивные синдромы с наименьшей нозологической предпочтительностью и свойственные всем психическим и многим соматическим заболеваниям. Синдромы 1—III уровней соответствуют клинике типичного маниакально-депрессивного психоза; 1—IV — сложного (атипичного) маниакально-депрессивного психоза и крайним психозом (промежуточным между маниакально-депрессивным психозом и шизофренией); 1—V — шизофрении, 1—VI — экзогенным психозам, 1—VII — клинике заболеваний, занимающих промежуточное положение между

экзогенными и органическими психозами, 1—VIII — эпилептической болезни, 1—IX уровни соответствуют синдромальному спектру динамики психических заболеваний, связанных с грубой органической патологией головного мозга.

Таким образом, А. В. Снежневский весьма схематично (на уровне семиотики) представил современные взгляды на соотношение психопатологических симптомов и синдромов в структуре различных нозологических единиц. Что в значительной мере облегчило понимание проблемы синдромологии и нозологии в психиатрии, но только на уровне психопатологических расстройств. Что же касается сомато-неврологической и другой симптоматики, которая входит в клиническую картину каждой психической болезни, то автором она лишь подразумевается, но не учитывается. А ведь в качестве этиологических факторов психических болезней могут выступать инфекции, интоксикации, механические и психические травмы, соматические заболевания, а также наследственная предрасположенность при провоцирующей роли экзогенных и соматогенных воздействий. За ними скрываются, помимо синдромокинеза и синдромотаксиса, индивидуально-личностные особенности, биохимические, иммунологические, патоморфологические, физиологические и другие звенья патогенеза.

По этиологической принадлежности выделяют следующие группы психических заболеваний:

1. Эндогенные — хромосомные, наследственные или с наследственным предрасположением (мультифакториальные) болезни, патогенез которых формируется, в основном, изначально внутренними механизмами, сформированными генетически.
2. Экзогенные, при которых этиологический фактор, действуя из внешней среды (инфекции, интоксикации, механические травмы и др.), при взаимодействии с организмом вызывает его повреждение, в том числе головного мозга, обуславливая патогенез болезни.
3. Психогенные, где этиологическим фактором выступает психотравма — взаимодействие с личностью с неприемлемой для нее ситуацией в системе межличностных отношений.

Диагностика основывается на установлении различия между сходными по симптоматике и течению психическими заболеваниями с учетом явлений патоморфоза, в том числе лекарственного (патометаморфоз).

Дифференциально-диагностические критерии: 1) особенности данных анамнеза; 2) возраст к началу болезни; 3) тип дебюта и темп его развития (острое, подострое, постепенное); 4) особенности клинических проявлений (ведущий синдром и его динамика, типичность и специфичность симптомов); 5) тип течения (прогредиентное, приступообразное, по типу реакции, развития, эпизода); 6) особенности выхода из болезненного состояния (ремиссия, светлый промежуток, дефектное состояние, его тип); 7) данные лабораторных исследований (биохимических, патопсихологических, электроэнцефалографических и др.); 8) данные сомато-неврологического исследования; 9) особенности отношения больного к своей болезни.

Патоморфоз — видоизменение клиники психических заболеваний. Различают: интерпатоморфоз — изменение соотношений между отдельными нозологическими единицами; интранозоморфоз — изменение клиники определенной болезни в пределах свойственных ей синдромов, последовательность их развития, соотношения между формами течения; интрасиндромальный патоморфоз — изменение симптоматики и ее

выраженности; патометаморфоз — изменение клиники заболеваний вследствие использования современных методов лечения. Считают, что патоморфоз, помимо лечения, обусловлен комплексом социальных и биологических факторов. Однако в настоящее время успешно распознаются начальные нередко выраженные проявления психических заболеваний, в том числе так называемые атипичные, замаскированные, скрытые их формы.

В развитии заболевания различают дебют, инициальный период, этап развернутой клинической картины, этап ее стабилизации и исход. Дебют болезни — это первые признаки болезни, чаще кратковременные, невыраженные, но могут быть и ярко представлены в виде четкого психопатологического синдрома. Инициальный период — наличие неспецифических, непсихотических общесоматических, вегетативных, неврозоподобных, психопатоподобных или аффективных расстройств с трудно выявляемой их нозологической предпочтительностью. На этапе развернутой клинической картины имеют место характерные для данной нозологической единицы синдромогенез, синдромокинез, синдромотаксис. Исходом может быть: полное выздоровление, светлый промежуток (интермиссия), ремиссия (редукция части позитивной симптоматики при сохранении негативной), глубокий дефект (необратимый негативный симптомокомплекс), смерть.

Типы течения психических заболеваний: 1) процессуальный — характеризуется прогрессивным развитием симптоматики с образованием дефекта психической деятельности — деменции (слабоумия), специфичной для данной нозологической формы (например, шизофрения — апатико-абулическое слабоумие, церебральный атеросклероз — тотальное органическое слабоумие и др.); 2) возможны различные клинические варианты процессуального развития симптоматики — непрерывно-прогрессивный, ремиттирующий, рекуррентный (периодический), стационарный; процессуальное течение заболевания не исключает возможности остановки процесса, компенсации нарушенных функций (регрессивный тип течения), особенно вследствие применения современных средств патогенетической терапии; 3) циркулярный (по типу приступов, фаз) — характеризуется чередованием психотических состояний длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев и “светлых промежутков” от нескольких месяцев до нескольких лет; фаза начинается и заканчивается постепенно с выходом в доболезненное состояние; в основе фазовых состояний лежат нарушения эффективности, связанные с особенностями преморбидной почвы, отражающей предрасположение к заболеванию (например, маниакально-депрессивный психоз); 4) течение по типу реакции — характеризуется прямой зависимостью развития психического расстройства от действия внешней причины (чаще ситуационного характера) ; на формирование клинической картины и длительность реакции оказывают влияние особенности личности, возраст, соматическое состояние (например, при психогенных заболеваниях); 5) течение по типу развития (астенического, ананкастического, ипохондрического, сутяжного, параноического и др.) обусловлено сочетанным влиянием медленно и нерезко действующих психогенно-травматических причин и преморбидной характерологической,

чаще психопатической, почвы; характеризуется постепенным, медленным накоплением психопатологических признаков (бредообразования, астенических, истерических черт и т. и.) без образования слабоумия. У лиц с последствием черепно-мозговой травмы, органического заболевания головного мозга возможны синдромы развития; 6) течение по типу эпизода — характеризуется острым началом, чаще с расстройством сознания,

кратковременным течением и выходом в доболезненное состояние (например, сумеречное состояние).

В диагностическом процессе участвуют два субъекта — врач и больной. От правдивости второго и клинического мышления первого зависит правильная диагностика болезни. Определить сущность врачебного мышления пытались многие видные клиницисты. “Под клиническим мышлением, — пишут А. С. Попов и В. Г. Кондратьев, — понимается специфическая умственная деятельность практического врача, обеспечивающая наиболее эффективное использование данных теории и личного опыта для решения диагностических и терапевтических задач относительно конкретного больного. Наиболее важной чертой клинического мышления является способность к умственному воспроизведению синтетической и динамической внутренней картины болезни”.

В качестве общих требований к клиническому мышлению они выдвигают следующие:

1. Творческий подход к каждому конкретному больному, недопустимость упрощенного подхода в диагностике и лечении (применения различного рода шаблонных схем лечения).
2. Целенаправленность мышления — умение создавать диагностические гипотезы, основываясь на клинических фактах, стремление к наиболее обоснованной оценке характера заболевания и выбору адекватных методов его терапии, без предвзятости суждения и подгонки фактов под заданную схему.
3. Концентрированность — умение выделять главное, несмотря на полиморфизм клинических проявлений болезни, с целью ее диагностики и лечения.
4. Гибкость- способность к быстрой мобилизации своих знаний и клинического опыта, к изменению хода своих рассуждений в связи с динамикой болезненного процесса.
5. Объективность — способность к правильной оценке клинических проявлений болезни, критическое отношение к своим предыдущим выводам, исключая субъективизм оценки и игнорирование фактов, противоречащих диагностической гипотезе.
6. Решительность (самостоятельность) — умение принимать диагностические и терапевтические решения, несмотря на довольно частый в клинической практике дефицит информации, и проводить их в жизнь.

К общим условиям, обеспечивающим эффективность врачебного мышления, указанные авторы относили высокий уровень знаний врача, их систематическое совершенствование и пополнение.

Таким образом, врачебное мышление — это творческий процесс, значительно отличающийся от мыслительных операций, выполняемых в своей профессиональной деятельности другими специалистами.

Алгоритм диагностического процесса

Задача	Способ решения	Уровень диагноза	Результат
Обнаружение и выделение явных	Клинический метод	Констатация факта	Решение о необходимости

признаков феномена болезни	обследования: наблюдение, изучение продуктов творчества, анамнез, знакомство с медицинской документацией	заболевания	проведения процесса диагностики
Определение симптомов, первичного симптомокомплекса, синдрома, синдрома генеза, синдрома кинеза	Клинический анализ признаков феномена болезни, дифференц. диагностика на уровне симптомов, синдромов, их терминологического типирования и систематизация	Синдромальный диагноз	Планирование направленного дополнительного обследования, решение неотложных социальных вопросов, симптоматическая терапия
Выделение скрытых признаков феномена болезни: симптомы, синдромы, их типирование, синдрома кинез, распознавание, синдрома таксиса, предположение о роде болезни	Направленное дополнительное клиническое дообследование, клинический анализ признаков феномена болезни с уточнением типа синдрома, структурно-диагностический анализ всей психопатологической симптоматики	Диагностическая гипотеза	Планирование параклинического обследования, назначение симптоматического лечения
Выявление полного синдрома, определение вида болезни и ее типа	Параклиническое обследование, дифференциальная диагностика на уровне диагностических гипотез	Нозологический диагноз с типированием формы течения	Проведение лечения на основе общих принципов терапии данной нозологической единицы
Формирование индивидуального всеобъемлющего диагноза	Обобщение полученной информации с учетом predispositionных личностных и ситуационных факторов	Всеобъемлющий индивидуальный методологически полный нозологический диагноз с прогнозом	Проведение дифференц. инд. терапии, вторичной и третичной профилактики, реадaptации и реабилитации, решение социально-правовых вопросов и т.п.

В.Х. Васильченко выделял два вида диагноза болезни: диагноз узнавания и диагноз методический. Диагноз узнавания опирается на память, интуицию, на аналогию из своего прошлого опыта, из учебников, статей, монографий. Методический диагноз базируется на изучении всех характерных симптомов, симптомокомплекса, позитивных и негативных синдромов, синдромокинеза, синдромотаксиса, особенностей течения болезни в целом.

Диагноз есть отражение наших знаний и умений на данном этапе науки. До сих пор остаются справедливыми слова С. П. Боткина: “Диагноз больного есть более или менее вероятная гипотеза, которую необходимо постоянно проверять... Могут появиться новые факты, которые могут изменить процесс или увеличить его вероятность”. Правильная диагностика — это правильная терапия и социально-реабилитационный процесс в психиатрии.

Овладение принципами диагностики — профессиональный долг врача — невозможно без овладения семиотикой психических болезней — общей психопатологией — психиатрической “азбукой”, которая является базисом диагностического процесса.

Этапы диагностики схематично представлены в алгоритме диагностического процесса (табл. 2).

3. Клинико-психопатологическое исследование в общей психопатологии

Методы исследования в любой клинической дисциплине определяют эффективность диагностики заболеваний. От того, насколько совершенно разработаны методы исследования и насколько адекватно они применяются врачом, зависит успех диагностики каждого конкретного случая заболевания и эффективность лечения больного.

В отличие от методов исследования соматически больных обследование пациентов с душевным заболеванием имеет ряд существенных особенностей.

Во-первых, в силу специфики психической патологии, врач-психиатр в своем клиническом анализе болезни делает акцент не столько на внешних материальных патологических феноменах, сколько на то, какие внутренние идеальные субъективные переживания пациента они отражают.

Во-вторых, в ходе психиатрического обследования всегда следует учитывать значительное влияние на его проведение внешних средовых факторов (времени и места, интерьера, присутствие других лиц и пр.).

В-третьих, сама личность врача, его знания и опыт, профессиональные установки приносят особенности в тактику обследования и могут влиять на его конечные итоги.

Из этого следует, что при обследовании психически больного каждый врач-психиатр неизбежно сталкивается с рядом специфических трудностей, как объективного, так и субъективного характера. Очевидно, что методы исследования в психиатрии должны отвечать следующим требованиям: 1) выявлять максимально достоверную информацию о характере психической патологии; 2) отличаться разносторонностью, позволяющей отразить различные уровни патологического процесса; 3) быть адекватными для данной ситуации (время, место обследования — кабинет, палата, наличие

других пациентов и т. и.); 4) быть приемлемыми для личности больного и личности врача.

На современном этапе развития психиатрии существует целый комплекс научно обоснованных методов исследования психически больных. Их можно разделить на основные, дополнительные и уточняющие. Основной метод в психиатрии — клинико-психопатологический. Дополнительные методы — экспериментально-психологический, а также неврологический, соматический. Уточняющие —

электрофизиологический и другие инструментальные методы, лабораторные и нейроморфологические.

3.1. Некоторые общие положения

Клинико-психопатологическое исследование — основной метод обследования психически больного, имеющий целью распознавание психической патологии (симптомов), выявление ее структуры (синдромов) и динамики (синдромокинез, синдромотаксис), а также определение отношения больного к своему заболеванию и к отдельным его проявлениям.

Нередко можно услышать утверждения, что психиатры не имеют объективного метода диагностики психических заболеваний и что их заключения о патологии носят чисто субъективный или интуитивный характер и далеки от истины. Поскольку такие суждения достаточно широко распространены в немедицинских, околomedicalных и даже в медицинских, связанных преимущественно с соматической патологией, кругах, они требуют обоснованного ответа с научно-методических позиций.

Итак, является ли указанный метод объективным или субъективным, а отсюда — возможно ли с его помощью получение достоверной информации о психическом состоянии обследуемого человека?

Каждый научный метод исследования во всех областях знания должен иметь четко поставленные цели и задачи. Каждый метод должен включать по меньшей мере три основных объективно существующих элемента: исследователя (А), объект (или субъект) исследования (В), средства или приемы исследования (С).

В отношении клинико-психопатологического метода все эти методологические положения вполне применимы. Цели и задачи метода, изложенные выше, довольно четко поставлены в литературе. Исследователем является врач-психиатр (А), наделенный определенными знаниями о закономерностях функционирования психики в норме и патологии, владеющий средствами (приемами) ее познания (С), и, кстати, юридическими правами на их применение. Объектом исследования (В) является пациент (субъект), обследуемый на предмет выявления у него психических нарушений. Не требуется особых доказательств, что все эти три элемента, входящие в структуру метода, существуют объективно. Другой вопрос заключается в том, какие особенности несет каждый из этих элементов с позиции их “субъективности—объективности”. Сам объект исследования (В) является субъектом, т. е. личностью, имеющей свой внутренний субъективный мир. Этот субъективный мир является главной целью исследования для психиатра. При этом, конечно, не могут не возникать сомнения — насколько объективны и достоверны получаемые врачом сведения о процессах, происходящих в этом мире — о психических процессах субъекта: его

восприятии и мышлении, эмоциях и воле, памяти и интеллекте, сознании и самосознании. Разрешение этой проблемы должно проистекать из довольно простого и известного методологического положения о том, что субъективный мир пациента субъективен лишь относительно к личности данного человека. В то же время процессы в этом мире — это вполне объективно существующие явления, протекающие по своим закономерностям и проявляющиеся через биохимические и нейрофизиологические реакции рядом внешних паттернов (признаков, симптомов) объективно существующих для сторонних наблюдателей. Эти паттерны — речь, мимика, жесты, позы, вегетативно-сосудистые реакции, отдельные поступки и сложные поведенческие акты пациента, вполне поддаются регистрации и являются клиническим материалом для врача.

Таким образом, психиатр на основе анализа указанных объективно существующих клинических паттернов имеет возможность анализировать объективные психические процессы, происходящие в субъективном мире пациента. Следовательно, клинко-психопатологический метод — объективный метод исследования субъективного мира пациента.

Данный метод исследования по объективности изучаемых процессов ничем не отличается от методов, применяемых в других клинических дисциплинах. К примеру, в кардиологической практике объективно существующие субъективные переживания пациента с ишемической болезнью сердца и внутренние, не поддающиеся внешнему наблюдению биохимические и нейрофизиологические нарушения, происходящие в миокарде больного, реализуются рядом специфических внешних объективных паттернов — клинических признаков, которые выявляются врачом-кардиологом при анализе жалоб больного, аускультации, перкуссии, изучения пульса, артериального давления, наконец, при анализе данных электрофизиологических и лабораторных исследований. Таким образом, и врач-кардиолог, как и врач-психиатр, по объективным клиническим признакам имеют достаточные основания судить о внутренних, интимных процессах, объективно происходящих в организме больного. Разница заключается в различном характере этих паттернов, специфических для определенной области медицинских знаний. В психиатрии врач имеет дело с чрезвычайно большим числом клинических признаков, существующих одновременно и крайне изменчивых в зависимости от психического состояния больного, внешней ситуации и тактики проводимого обследования.

Отсюда и крайняя сложность этого метода, трудность в его овладении. Нельзя отрицать возможности привнесения в него субъективных моментов со стороны врача. Достоверность получаемой информации во многом определяется тем, насколько адекватно психиатр построит тактику обследования, какие приемы и средства он при этом применяет (элемент С), а также насколько правильно он “читает” информацию, интерпретирует ее и какие выводы он делает: исходя из своих знаний, опыта, личностных и профессиональных установок (элемент А).

Решение проблемы субъективизма в научных, медицинских исследованиях и, в частности, в клинко-психопатологическом обследовании возможно по трем направлениям: 1) на пути совершенствования самих методов исследования, 2) повышения профессионального мастерства врача и 3) постоянного сличения результатов исследования с клинической практикой и проведения критического анализа качества своих профессиональных навыков.

Необходимо постоянно помнить, что только клиническая практика является окончательным критерием достоверности получаемого в результате психопатологического исследования. Таким образом, клинико-психопатологическое исследование следует рассматривать как объективный научный метод, позволяющий получить объективную информацию о психическом состоянии больного.

3.2. Методологические основы клинико-психопатологического метода исследования

Клинико-психопатологическое исследование должно основываться на определенных методологических принципах. Основным принципом для данного метода является общение. Эффективность обследования психически больного в значительной степени зависит от того, насколько оптимально врач построит этот процесс во всех его звеньях.

Общение—один из видов человеческой деятельности, проявляющийся в форме психологического взаимодействия (межличностного контакта) людей друг с другом, в результате которого происходит обмен информацией познавательного и эмоционально- оценочного характера, формируется новая общность людей и регулируются их взаимоотношения. В любом общении выделяют две его функции: познавательную и регулирующую (поведение, отношения партнеров). Схема общения в простом виде представлена на рис. 1.

СУБЪЕКТ 1 СУБЪЕКТ 2

Рис. 1

Эта схема подразумевает следующие положения: в процессе общения участвуют по меньшей мере два субъекта, они познают друг друга и в результате возникает их взаимодействие или как иначе говорят “общность” партнеров, проявляющаяся в появлении общих взглядов, интересов и установок на совместную деятельность.

В структуре общения условно выделяются три его составляющие: коммуникация, перцепция и интеракция.

Коммуникация — это обмен информацией между партнерами по общению и ее понимание ими.

Перцепция — это восприятие внешнего облика и поведения партнера по общению и анализ полученных данных, приводящих к взаимопониманию.

Интеракция — взаимодействие партнеров, направленное на организацию и осуществление совместной деятельности.

Имея свои конкретные задачи, все три составляющие служат одной общей цели — созданию общности партнеров. В процессе общения недопустима абсолютизация какой-либо одной составляющей. Все они одновременно присутствуют и используются партнерами по общению. Лишь исходя из ситуационных задач, партнеры делают акцент на тех или иных сторонах общения.

Коммуникации преследуют следующие основные цели: 1) побудительные (управленческие) — разъяснение, убеждение, внушение, просьба, приказ; 2) информативные — передача сведений, реальных или вымышленных; 3) экспрессивные — передача сведений для возбуждения эмоциональных переживаний у партнера; 4) фактические — установление или поддержание контакта.

Средства передачи информации делятся так: 1) речь (устную и письменную) — это основное средство коммуникации между людьми; 2) паралингвистические средства — качество голоса партнера, диапазон, тональность и др.; 3) экстралингвистические — плач, смех, темп речи, паузы; 4) кинетические — жесты, мимика, пантомимика, отдельные действия; 5) пространственно-временные — взаиморасположение партнеров по общению, поступки, сложные формы поведения, развернутые во времени и т. д.; 6) вещественно-знаковые — продукты деятельности, творчество, в частности, художественное, литературное.

Передача информации от партнера к партнеру может передаваться не непосредственно, а через ее кодирование, т. е. зашифровывание смысла информации в знаковых системах, каковыми являются специальные профессиональные термины, сленг, жаргон, специальные жесты, шифр и т. д. Для успешной передачи и приема информации в этом случае необходимо ее раскодирование (декодирование). Адресат поймет получаемую информацию только в том случае, если он знает код — систему знаков, а проще, если он говорит с партнером на “общем языке”. Передача информации, ее кодирование, прием и декодирование может осуществляться адресатом и адресантом по различным сенсорным каналам. Чаще всего используется слух и зрение, реже — осязание и обоняние. Результатом коммуникации может быть передача информации или ее блокада. Причиной блокады являются личностные особенности адресанта — его особое психическое состояние (депрессия, ступор, подозрительность, мыслительные расстройства и др.), различие с адресатом в уровне культуры, жизненном опыте, ценностных ориентациях, социальном положении. Блокада коммуникации может произойти и из-за неадекватного использования средств передачи информации — неправильного выбора самих средств, неправильного выбора сенсорного канала, неверное использование кода. В результате блокады информации возникает ситуация, известная в психологии общения как “диалог глухих”. В этом случае нарушается взаимопонимание и взаимодействие, а в результате блокады потребности к общению возникает состояние фрустрационной напряженности, выражающееся в росте аффективности — раздражительности, тревожности, а то и в явной агрессии (вербальной, моторной).

Перцепция имеет свои специфические механизмы, которые сводятся к следующим процессам: идентификации, рефлексии, обособлению и моделированию.

Идентификация — психологическое отождествление себя с партнером по общению. Этот прием позволяет понять чувства другого человека, переживания, систему его личностных ценностей. Идентификация близка другому понятию, используемому в психологии общения, — эмпатии. Согласно К. Роджерсу (1959), “быть в состоянии эмпатии означает воспринимать внутренний мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков. Как будто становишься этим другим... ощущаешь радость или боль другого, как он их ощущает, и воспринимаешь их причины, как он их воспринимает”. Идентификация с партнером должна сочетаться с рефлексией

—критическим самоанализом человека, осознанием того, как он ведет себя, как воспринимается партнером, насколько правильно строит процесс общения, какие коррекции и в какие звенья его необходимо внести.

Наряду с идентификацией, путем рефлексии, партнеры по общению всегда используют в той или иной степени механизм обособления. Обособление—это сопротивление партнера в полной идентификации себя с другим партнером по общению, психологическое отстаивание партнером своей природной и личностной сущности, непосредственное эмоциональное переживание себя как обособленную данность, как отдельное “Я”. Процесс моделирования включает в себя сознательное и неосознанное оценивание партнера по внешним паттернам поведения (речь, мимика, жесты, поступки и др.). Эти паттерны могут соответствовать знакомым стереотипам поведения, о которых человек слышал, читал или которые воспринимал ранее в личном опыте общения. Тогда процесс общения обычно облегчается, так как партнер “узнаваем”, его личность моделируется, его поведение легко прогнозируется. В противоположном случае внешние паттерны, исходящие от партнера, незнакомы, процесс моделирования не оформляется, прогноз поведения партнера становится неопределенным. В этом случае необходимо активизировать процессы коммуникации и вышеперечисленные механизмы перцепции. В основе интеракции лежит установление в ходе общения различных видов взаимодействия между партнерами. Этими видами являются: содружество (сплоченность, доверительные отношения, согласие, партнерство), конкуренция, конфликт.

Содружество —стратегия установления положительных межличностных отношений между партнерами. В развитии отношений содружества между партнерами выделяют несколько этапов: 1) ориентирование в ситуации (“вхождение в контакт”), 2) сбор информации о партнере и формирование общих ценностных ориентиров, 3) взаимоадаптация — совместное обсуждение проблем и закрепление позитивных межличностных отношений, 4) интериализация субъектами общения целей, установок, стереотипов поведения (совместный поиск решения проблем, установление “правил игры”), 5) превращение процесса общения в “общность”. Содружество достигается приемами так называемого “присоединения” к партнеру на трех уровнях: 1) физиологическом (жестами, позами, ритмом дыхания), 2) лингвистическом (использование речевых оборотов, сленга, тональности речи партнера и т. д., 3) установочном (“присоединение к верованиям”) — принятие и понимание его ценностно-ориентированных личностных образований.

Содружество может включать несколько уровней: 1) уровень информационного единства в общении, 2) уровень ценностно-личностных взаимоотношений, 3) уровень согласованности поведения партнеров. Содружество — обратимый процесс и зависит от действий каждого субъекта общения и от объективной ситуации.

Конкуренция — стратегия установления межличностных отношений, при которой партнеры по общению в условиях противоборства добиваются одних и тех же целей. Конкуренция имеет родственные связи с содружеством, так как конкурентное взаимодействие требует установления определенных правил поведения субъектов.

Конфликт—это стратегия установления межличностных отношений, при которых происходит столкновение противоположно направленных целей, установок и поведения субъектов взаимодействия. Конфликт всегда

формируется в конкретной конфликтной ситуации. Выделяют внутриличностный, межличностный и межгрупповой конфликты. Внутриличностный конфликт возникает у субъекта в случае противоречия между различными его мотивами, побуждениями, установками. Межличностный конфликт возникает между двумя и более субъектами общения. Межгрупповые конфликты формируются между отдельными группами субъектов. Причины конфликтов могут лежать в коммуникативном процессе, перцептивных актах, а также в неудачных попытках реализовать стратегию содружества или конкуренции.

В ходе клинико-психопатологического исследования врач-психиатр и больной вступают в общение, которое, с одной стороны, имеет все вышеперечисленные характеристики этого процесса, а с другой — несет вполне специфические черты.

Общение врача-психиатра с психически больным следует отнести к особой форме человеческой деятельности. В данном случае общение является средством, способом организации и оптимизации клинико-психопатологического метода исследования душевнобольных. Общение “вплетено” (Каган М. С.) в предметную профессиональную деятельность врача-психиатра. Этот вид общения со стороны врача преследует вполне определенную цель — определение у своего партнера по общению (пациента) наличия или отсутствия признаков психического расстройства. Со стороны пациента в зависимости от его психического состояния, наличия критической оценки здоровья в общении с врачом могут быть поставлены разные цели — от совместного содружества для наиболее полного и точного выявления патологии и назначения адекватного лечения до сокрытия им симптомов, диссимуляции. Для реализации своих профессиональных целей врач всегда нацелен на содружество с пациентом.

В ходе клинико-психопатологического исследования общение врача и пациента также несет две функции: познавательную и регулирующую, тесно взаимосвязанных друг с другом. Процесс познания врачом психики больного невозможен при постоянном проведении приемов, регулирующих поведение пациента. Врач должен так строить познавательный (диагностический) процесс, что в ходе общения с больным положительно влиять на его поведение, адаптировать его к ситуации общения, располагать его к своей личности, добываясь через это большей откровенности пациента и большей его информативности.

Схема общения в данном случае будет выглядеть следующим образом:

Врач-психиатр -<—•>- Пациент

Не только врач познает пациента, но и пациент врача. Второе направление в общении — от пациента к врачу будет во многом определяться не только личностью врача, но и в значительной степени психическим состоянием пациента. Поэтому в конечных результатах общения возможны самые различные варианты — от установления полного взаимопонимания пациента с врачом, до абсолютного неприятия врача. Понять специфику клинико-психопатологического метода довольно сложно, если не разберать особенностей коммуникации, перцепции и интеракции, возникающих в ходе общения психиатра с психически больным.

Формирование доверительных, дружественных отношений между пациентом и врачом происходит поэтапно. Решение задач одного этапа позволяет партнерам перейти на следующий этап развития взаимодействия.

Первый этап — ориентировочный (“вхождение в контакт”) крайне важный для диагностики в целом, ставит перед врачом и пациентом задачу получить максимум первичной информации о личностных особенностях и намерениях друг друга. С самого начала общения врач должен максимально умело использовать интеракционные приемы — различные способы психологического присоединения к личности пациента для снятия его тревоги, напряженности, недоверчивости. Это в свою очередь должно активизировать коммуникативный процесс и создать максимальные условия для перцепции — в данном случае для анализа и понимания первичной информации о психическом состоянии больного. В этом процессе ни в коем случае нельзя отводить больному пассивную роль. Врач, используя указанную тактику, через присоединение к пациенту, должен ненавязчиво, обеспечить ему, по возможности, реализацию тех же механизмов общения и в той же последовательности. Иначе пациент не получит правильную первичную информацию о враче, о его намерениях, о ситуации обследования. Больной “не поймет” врача и процесс общения, обследования будет прерван уже на этом этапе. Неудачи в общении на этом этапе могут быть двоякого рода. Неправильная тактика врача, в частности, чрезмерная активность его, подавление инициативы больного, неверно выбранные приемы присоединения, неадекватные для личности данного больного и для ситуации обследования, — это субъективные ошибки в построении общения. Неудачи в общении с пациентом часто имеют и объективную причину — особенности психической патологии, нарушающую или даже исключаящую процесс общения. Неудачи, вызванные субъективными ошибками, допущенными врачом, устранимы путем совершенствования его профессионального мастерства. Затруднения в общении, связанные с характером психической патологии пациента, могут быть в ряде случаев преодолены сменой тактики общения со стороны врача. Например, побудительных на фактические, экспрессивные; переводом акцента на другие средства коммуникации — с вербальных приемов на невербальные, кинестетические, пространственно-временные; в перцепции — на большую эмпатичность в общении и рефлексии, с временным отказом от жесткого моделирования- непрямого установления синдромальных и нозологических оценок на данном этапе обследования, удовлетворение симптоматическим его уровнем. Если смена тактики не приносит желаемых результатов, “вхождения в контакт” не происходит, то лучшим выходом из создавшейся ситуации будет не упорное стремление врача к продолжению диалога “во что бы то ни стало”, а временный перерыв в общении с больным. Лучше отменить обследование на некоторое непродолжительное время и прибегнуть к другим средствам. Сама пауза в обследовании может послужить для больного стимулом к общению с врачом. Такими стимулами могут быть и средовые факторы — тактичное отношение к больному со стороны неврачебного персонала, обстановка в отделении, его интерьер, организация досуга больных, встречи его с родственниками и пр.

Исходя из полученного объема первичной информации о больном, врач вправе назначить медикаментозное лечение, делающее поведение пациента более адекватным, а его самого более открытым для продолжения диалога, завершения ориентировочного этапа обследования и перехода к следующим.

Второй этап установления содружества, партнерства между врачом и пациентом — “сбор информации”. Врач ставит перед собой задачу получения

максимума диагностической информации о жизни пациента, структуре его личности, о характере и развитии в динамике психической патологии. На этом этапе врач, используя в полной мере приемы присоединения, как механизмы укрепления интеракции, в коммуникации с пациентом переходит на реализацию побудительных (управленческих) целей, используя просьбы, разъяснение, внушение для получения анамнестических сведений. Из средств коммуникации между врачом и пациентом большое значение приобретает смысловое содержание речи. В перцептивном процессе — обособление и моделирование. На этом этапе врач с помощью указанных приемов общения расширяет объем получаемой информации о больном (пациент о враче). Важно подчеркнуть, что жесткое следование врача указанной тактике на всем протяжении этапа было бы неверным и приводит к монотонности обследования, делает его утомительным для пациента, да и для врача. Поэтому со стороны психиатра будет вполне оправданным периодическая смена целей и средств коммуникации (побудительных целей на экспрессивные, вербальные средства на невербальные, кинестетические), перцепции (сознательное моделирование на эмпатийность), приемов “присоединения”. Такая тактика облегчает и реализацию следующего этапа.

Третий этап—этап “взаимодействия” (равного содружества). Цель его—совместное обсуждение с больным проблем, связанных с его неадекватным поведением в прошлом и настоящем проблем госпитализации, лечения, его необходимости. На этом этапе врач проводит анализ самооценок больным его патологических переживаний — отдельных симптомов и заболевания в целом, т. е. исследуется самосознание пациента, его критичность. Психиатр выясняет у больного и обсуждает с ним по меньшей мере три вопроса — его отношение к своему состоянию, болезненное оно или здоровое; носят симптомы “физической” или “психический” характер; нуждается ли оно в лечении. Тактика общения при этом — взаимное использование врачом и пациентом всех средств общения, так как это один из наиболее трудных и практически важных этапов установления содружества, от которого зависит — будет ли пациент в дальнейшем еще более открытым для общения, поймет ли он необходимость дальнейшего диалога с врачом и доверительного сообщения ему более подробных сведений о своих переживаниях, даже глубоко интимного характера.

Четвертый этап — “интериализация целей общения”. Задачи, которые стоят перед врачом и пациентом на данном этапе — совместный поиск решения проблем, связанных с заболеванием: по возможности окончательное определение вместе с больным характера болезни (“психическая” или “физическая”), наиболее оптимальных для него средств организации лечения (в диспансере, дневном или ночном стационаре, или в условиях больницы), методов лечения. Таким подходом между врачом и пациентом устанавливаются “правила игры”, которые позволяют с большей долей уверенности прогнозировать поведение пациента, достоверность сообщаемой им информации. На этом этапе наблюдается активизация личности и поведения больного, значительное расширение используемых им целей, средств коммуникации. Ее код становится более адекватным и доступным для декодирования врачом. В перцепции пациент все чаще использует эмпатическое познание личности врача в тех пределах, какое возможно при данной патологии. Пациент стремится к общению с врачом, обсуждение с ним различных аспектов его жизни, болезни, организации лечения и тем самым создаются условия для получения наиболее полной информации о динамике психической патологии, закрепляется процесс моделирования диагноза.

Пятый этап формирования содружества между врачом и пациентом — превращение общения в “общность”. На этом этапе завершается окончательное осознание единства с врачом целей проводимого общения и перевод их в установочное, полностью неосознаваемое для пациента состояние (в его “установке”). Цели, мотивы, отражающие необходимость дальнейшего обследования и лечения, ставшие установкой больного, совпадают с изначальными целями врача. Этим достигается “общность” пациента с врачом, установление наиболее доверительных отношений между ними, касающихся вопросов дальнейшего обследования и организация лечения. Со стороны пациента активно используется широкий набор целей и средств коммуникации, из перцептивных приемов — эмпирическое познание и неосознанное моделирование, из интерактивных механизмов — малоосознаваемые или неосознаваемые способы присоединения. Повышается степень прогнозируемости поведения пациента в обследовании, лечении и реабилитационных мероприятиях. Врачу необязательно на этом этапе применять весь широкий набор психологических механизмов общения. Например, в коммуникации достаточно использовать в основном побудительные цели, из средств коммуникации — в основном смысловое содержание речи, в перцепции — моделирование. Интерактивные приемы присоединения утрачивают изначальный управленческий смысл, используются непостоянно, лишь при необходимости стимуляции получения дополнительной диагностической информации от больного.

Указанные этапы формирования содружества между врачом и психически больным не следует рассматривать как раз и навсегда заданную схему. Психиатру необходимо придерживаться этой схемы и преобладающих методов общения. Однако нужно знать, что не всегда в общении с психически больным сотрудничество устанавливается в полной мере, т. е. проходит в своем развитии все пять этапов. В работе с больным, имеющим психотический характер психической патологии часто возможным является прохождение лишь 3 этапов интеракции: “ориентировочного”, “сбора информации” и этапа “взаимодействия”. В лучшем случае мастерство врача и характер психической патологии допускают в ходе обследования достижение четвертого этапа (уровень “ценностно-личностных взаимоотношений”). А в худших случаях содружество завершается на “ориентировочном” этапе или частично — на этапе “сбора информации” (уровень “информационного единства”). Лишь при обследовании больных с пограничным уровнем психической патологии, возможно завершение формирования содружества на четвертом и пятом этапах (уровень “согласованности поведения партнеров”).

Следует отметить и то обстоятельство, что все эти этапы и уровни содружества при клинко-психопатологическом обследовании носят динамический характер, т. е. возможно только приостановление в формировании доверительных отношений между врачом и пациентом на каком-либо этапе, но и разрушение уже достигнутого уровня и возврат к более раннему, более упрощенному этапу. Причиной этого могут быть ошибки в тактике врача или

ухудшения в психическом состоянии пациента. Возможно и сочетание этих двух причин. Следствием же является нарушение процесса клинко-психопатологического исследования, сужение его диагностических возможностей. В подобных случаях врачу требуется все свое профессиональное мастерство и весь диапазон своих личностных качеств, чтобы путем использования различных составляющих звеньев общения, различных приемов, описанных выше, вернуть процесс формирования содружества на более высоком уровне.

3.3. Этапы клинико-психопатологического исследования

В клинико-психопатологическом методе исследования можно выделить следующие его этапы:

1. этап “первичной ориентации”;
2. этап “сбора диагностической информации”;
3. этап “первичной оценки клинических данных”;
4. этап “анализа самосознания больного”;
5. этап “подведения итогов исследования”.

В целом перечисленные этапы соответствуют общепринятому порядку психопатологического исследования, известного из монографий и учебных пособий и руководств классиков психиатрии прошлого и настоящего времени (С. С. Корсаков, П. Б. Ганнушкин, А. В. Снежневский, В. В. Ковалев, Г. В. Морозов и др.).

3.3.1. Этап первичной ориентации . Его цель — получить наиболее общие, ориентировочные данные об особенностях психической патологии пациента и определить краткосрочный прогноз о поведении пациента в первые минуты обследования.

Начинается этот этап с того момента, как пациент входит в кабинет психиатра. Посредством перцепции (анализа и понимания) средств коммуникации, используемых пациентом в самом начале обследования, врач-психиатр должен определить его цели и намерения, с которыми тот пришел на прием и предвидеть ближайшую стратегию поведения пациента. В зависимости от используемых пациентом средств коммуникации, можно выделить 5 стратегий поведения: условно “нормальную”, “защитную”, “безразличную”, “обвинительную”, “агрессивную”.

При “нормальной” стратегии пациент информирует врача о своем желании вступить в коммуникативный процесс: уверенным стуком в дверь, приветствием с достаточно четкой уверенной тональностью голоса с прямым открытым взглядом в глаза врача, со спокойной доброжелательной мимикой, уверенными содружественными движениями конечностей, прямой походкой, принятием без колебаний приглашения врача пройти в кабинет, поздороваться за руку, сесть. Садится такой пациент достаточно уверенно, занимая и всю площадь стула, облокотившись на его спинку, занимает обычно положение вполоборота к врачу, представляется ему, ждет его вопросов, а если не дождется, то спустя короткую паузу берет инициативу в начале беседы на себя, сам задает вопросы или начинает сообщать анамнестические сведения. Такое поведение часто бывает у психически здоровых и больных с пограничными психическими расстройствами.

Пациент с “защитной” стратегией поведения сообщает психиатру о намерении общения с ним робким, тихим стуком в дверь, неоднократным открытием и закрытием ее, просит о разрешении войти тихим, иногда заикающимся, хриплым голосом с паузами, робкими интонациями, со взглядом, опущенным вниз. Такой пациент входит несколько пригнувшись, пряча руки, несмотря на приглашение, пытается сесть на стул около двери, стены. Садится чаще всего на краешек стула, подбирает под себя ноги, подсовывает пальцы рук под бедра, смотрит в сторону. После повторного приглашения врача подходит к столу, садится в продольном положении по отношению к врачу, в глаза если и смотрит, то быстро отводит взгляд. От рукопожатия такие пациенты не отказываются, но делают это робко, неловко.

Как правило, они сами не берут инициативы в начале беседы на себя, при затянувшийся паузе долго ждут вопросов врача, мельком поглядывая на него, о своих жалобах и анамнестических сведениях рассказывают редко спонтанно, а чаще после “наводящих” целенаправленных вопросов. Подобное поведение встречается у больных с тревожной мнительностью, неуверенностью в себе, ипохондричностью, иногда с тревожно-депрессивной симптоматикой в рамках психических нарушений пограничного уровня.

Пациенты с “безразличной” стратегией поведения могут долго не заходить в кабинет, входить в него внешне довольно спокойно, без предварительного стука и даже дополнительного приглашения, занимать любое место у двери, а после приглашения врача пройти к столу, также беспрекословно проходят к указанному месту или могут без внешних причин отказываться это сделать, а затем все же подчиниться врачу. Садятся они чаще вполоборота к врачу, нередко даже отвернувшись от него, рассматривают обстановку в кабинете, не задерживая, однако, своего внимания на присутствующих лицах, отворачиваются в сторону, зевают, взгляд пассивно переходит с предмета на предмет или приобретает отвлеченно застывший характер. От рукопожатия, предложенного врачом, такие пациенты чаще всего не отказываются, но протягивают руку с удивлением (“зачем это нужно?”), пожатие при этом вялое, незэнергичное. Сидят, обычно ничего не спрашивая, спонтанно в вербальную коммуникацию не вступают, могут длительно выдерживать паузу, мельком посматривая на врача и не задавая вопросов или спрашивая о внешних, несущественных для данной обстановки деталях — о времени и т. п. О своем состоянии, жалобах спонтанно рассказывают редко, только после целенаправленных вопросов. В то же время могут бесконечно спрашивать о том, когда закончится беседа. Описанное поведение встречается у больных с эмоционально-волевым дефектом (негативные синдромы), различной выраженности ступорозных расстройств.

При “самообвинительной” стратегии пациенты входят в кабинет после тихого стука, медленно открывая и закрывая дверь, могут не сразу пройти к столу даже после приглашения врача, а немного помедлив, подумав, идут навстречу тихо, медленно, все движения, жесты вялые, руки в карманах, за спиной или свисают вдоль тела, но мало принимают участие в содружественных движениях. Голова и спина наклонены вперед, взгляд устремлен вниз, в глаза врачу практически не смотрят, цвет лица бледный, руку для рукопожатия протягивают медленно, вяло, нерешительно, садятся чаще в профиль по отношению к врачу, руки опущены на колени или скрещиваются в низу живота, или наклоняются вперед, подперев лицо ладонями, тяжело вздыхают. Могут на короткое время откинуться туловищем назад, коротко посмотреть на врача, на окружающих, а потом вновь наклониться вперед и принять прежнюю позу. Редко мигают. Слезливость может быть, но может и отсутствовать при особо тяжелых случаях заболевания. Иногда при возбуждении — чувстве беспокойства, сидя покачиваются из стороны в сторону, перебирают пальцами рук, разглаживают полы халата, пижамы. Говорят тихо, медленно, после длительных пауз, односложно: “да”, “нет”, “не знаю”, “плохо” и др. Склонны винить себя во всяких неудачах, несчастьях. Отмечают субъективное чувство длительно текущего времени. Такая стратегия поведения бывает у больных депрессивными синдромами психотического уровня.

Пациенты с “агрессивной” стратегией поведения могут входить в кабинет после короткого стука или не постучавшись, широко ее распахнув, без приглашения пройти размашистым шагом к столу врача, здороваться первыми или вообще не здороваться. Движения, жесты быстрые, резкие,

часто усаживаются сами, не ожидая приглашения врача, сидят развалившись, крутятся, покачиваются на стуле, подозрительно поглядывают по сторонам, в целом занимают положение анфас по отношению к врачу. Берут без спроса предметы со стола врача, не выдерживают долгих пауз в разговоре, начинают сами говорить, иногда не по существу, не учитывая ситуации, спонтанно высказывая подозрения или обвинения в адрес какого-либо лица или врача.

Во многом детали “агрессивной” стратегии поведения определяются характером аффективной патологии пациента. При повышенном настроении поведение сопровождается в основном вербальными проявлениями агрессии — нецензурной бранью в отношении кого-то или чего-то, что ограничивает “свободу” таких больных. При сниженном настроении с дисфорическим оттенком пациенты могут проявлять и вербальную и невербальную агрессию в отношении врача и других лиц, присутствующих при обследовании. “Агрессивная” стратегия поведения может быть у больных с самыми разнообразными проявлениями психической патологии — при психомоторном возбуждении с ясным и помраченным сознанием, при наличии галлюцинаций, бредовых идей, расстройств влечений.

С самого начала общения с пациентами на данном этапе врач обязан использовать все имеющиеся в его распоряжении интеракционные приемы “присоединения”, направленные на попытку установления с больным доверительных, партнерских взаимодействий (содружества), которое подготовило бы почву для успешного проведения второго этапа обследования. Из наиболее адекватных и универсальных приемов “присоединения” на физиологическом уровне психиатр может использовать рукопожатие и представление себя больному. Во-первых, рукопожатие с представлением себя — обычные принятые формы здорового поведения, определяющие тенденцию партнеров на откровенность и доверительность в предстоящей беседе. Во-вторых, рукопожатие врача является для больного сигналом об установке врача на равенство в их взаимоотношениях. Эти два момента сами по себе уже способны уменьшить тревожность, напряженность пациента, его безразличие, а иногда и снизить степень агрессивности. В-третьих, через рукопожатие психиатр получает первичную достаточно точную информацию об установке пациента на беседу и о состоянии его эмоционально-вегетативной сферы.

Из других методов присоединения целесообразно использовать позу и жесты. Желательно не беседовать с пациентом через преграду — стол и другие предметы. Лучше всего беседу вести в креслах, стоящих по отношению друг к другу в 90°. Врачу желательно сидеть с правой стороны от больного в свободной позе, разжав руки и ноги, расслабившись и несколько наклонившись вперед и в сторону по отношению к больному. При этом следует вести беседу, не спуская глаз с больного, особенно держа во внимании выражение его глаз, мимику, пантомимику.

Другим методом присоединения, успешно и неосознанно применяемым многими психиатрами, является присоединение на “лингвистическом” уровне — начать беседу с пациентом, используя его повторяющиеся в речи термины, отдельные обороты, даже жаргонные слова, там где это допускает обстановка, и если это не вызывает возражения со стороны пациента, и даже, наоборот, располагает его к личности врача.

Еще одним методом присоединения является “присоединение через установки, верования”. Врач обязан с самого начала терпеливо выслушать больного и с первых же высказываний его подтвердить, что он разделяет его

переживания в связи с возникающими проблемами. Недопустимо вступать с больным в спор из-за его болезненных концепций. Кроме неудачи, разрыва обследования на данном этапе, это ни к чему иному не приведет.

Врач ставит задачу с помощью интерактивных приемов присоединения раскрыть особенности психической патологии больного через его коммуникативный процесс — цели и средства передачи информации. Со своей стороны врач для этого использует побудительные цели коммуникации — просьбы рассказать о себе, о своей жизненной ситуации, разъяснение, убеждение и внушение необходимости этого для обследования и лечения. Вначале акцент следует делать на вербальные средства коммуникации. Однако при возникающих неудачах в общении опытный клиницист на основе рефлексии вовремя сменит тему разговора, т. е. сменит побудительные цели коммуникации на иные, скажем, на фактические, экспрессивные, а в выборе средств акцент сделает не на вербальные приемы, а на кинетические, паралингвистические, пространственно-вещественные. В качестве последних врач может предложить пациенту сменить место обследования, перейти на другие стулья, более удобные кресла, сделать перерыв в общении. Психиатр может выбрать при смене средств коммуникации вещественно-знаковые приемы — не побуждать пациента рассказывать о своих жалобах и о себе, а показать и объяснить врачу предметы своего художественного, литературного, ремесленного творчества, ставя цель отвлечения внимания пациента от обсуждения негативных сторон его жизни, болезни, снятия его эмоциональной напряженности, стимуляции коммуникативного процесса и последующего укрепления взаимодействия (интеракции).

В конце данного этапа у психиатра должен появиться процесс первичного моделирования — отнесение данного больного к какому-либо из указанных вариантов стратегии поведения, что и определит дальнейшие действия врача.

3.3.2. Этап сбора диагностической информации. На этом этапе обследования врач-психиатр ставит перед собой задачу наиболее полного сбора информации о психическом состоянии больного, о его жалобах, жизни, развитии болезни, особенностях и эффективности предыдущего лечения, если такое проводилось. При этом врач использует четыре основных приема: выслушивание, расспрос, наблюдение, анализ творчества больного.

Выслушивание — непостоянный прием и применяется только в тех случаях, если больной сам, спонтанно и достаточно полно излагает жалобы и данные анамнеза. Врач в этом случае не должен перебивать его, особенно в самом начале монолога, когда еще не ясно, насколько диагностически важной будет сообщаемая больным информация. Через приемы присоединения, через повторение “отзеркаливания” жестов и мимики, отдельных речевых сигналов рассказывающего о себе пациента врач способен стимулировать сообщение ему пациентом довольно значимой информации. При этом врач должен обязательно использовать приемы эмпатийного общения — отражать в своей мимике и пантомимике сочувствие, сопереживание с больным, его радость, недоумение, огорчение, становясь “как будто” своим пациентом и в то же время дистанцируясь от него через обособление.

Идентификация с переживаниями больного должна быть предельно искренней, иначе пациент почувствует фальшь в поведении врача, обидится и прервет рассказ. В процессе выслушивания психиатр постоянно рефлексировывает, анализирует свою тактику, получаемые или не получаемые результаты исследования пациента. При уклонении больного от основной

темы беседы врач тактично должен нарушить процесс выслушивания и, извинившись, вернуть больного к обсуждаемой теме. Если пациент не отреагировал и продолжает . излагать интересующие его данные, то психиатру целесообразно перейти к следующему приему — расспросу.

Расспрос — основной прием, применяемый в психиатрии для определения психического статуса больного и формальных сведений о его жизни и болезни. Расспрос, в отличие от выслушивания, является довольно жестко организованным коммуникативным процессом, где врач ставит и решает в основном побудительные (управленческие) и информативные цели. Из средств коммуникации врач чаще использует вербальные приемы смыслового значения — вопросы и обсуждение, уточнение его ответов с пациентом. Важно, какие вопросы и как их пациенту ставить, какие термины использовать.

Есть наиболее общие правила построения расспроса пациента в психиатрии.

1. Не должно быть никакого шаблона в расспросе, характере особенно первых вопросов. Они должны проистекать из ситуации обследования, должны минимально ей соответствовать. Целесообразно в начале беседы задавать вопросы, касающиеся соматического здоровья пациента, обращения к другим специалистам и лечения у них. Можно начать расспрос с выяснения особенностей профессиональной деятельности, его увлечениях, отношениях в семье и потом исподволь подойти к расспросу о его психическом здоровье.

2. Вопросы, касающиеся жалоб и психического здоровья пациента, не должны включать непонятные для него медицинские термины, иначе нарушится процесс кодирования—декодирования информации со стороны пациента, а это вызовет блок коммуникации и подорвет 'процесс общения — пациент перестанет “понимать”, что хочет от него врач. Здесь непозволительны такие вопросы: Есть ли у вас галлюцинации? Какие у вас имеются бредовые идеи? Если учитывать, что у большинства психически больных имеется изначально не критическое отношение к своей болезни, то неправомерность таких вопросов со стороны врача очевидна. Интересующая врача информация должна быть закодирована по возможности в понятиях, известных больному. Не слышались ли вам в одиночестве какие-либо человеческие голоса? Не испытывали ли вы необычные видения, запахи? Не замечали ли вы среди людей недоброжелательно настроенных к вам лиц? и т. д.

3. Расспрос психически больного всегда должен сопровождаться наблюдением за его жестами, мимикой, пантомимикой. Врач- психиатр никогда не должен вести какие-либо записи в момент беседы с пациентом, так как утратит значительную часть информации о больном, а также может подвергнуть свою жизнь опасности.

Наблюдение — прием, позволяющий изучить психическое состояние пациента путем анализа не смысловых речевых средств коммуникации, а в основном кинетических паттернов — языка жестов, мимики, пантомимики, иначе — “языка тела” больного (А. Штангль, Д. Ниренберг). В настоящее время делаются попытки разработки комплексного клинико-этологического метода как дополнения (части) клинико-психопатологического (А. А. Коробов, Г. Н. Носачев и И. Г. Носачев). Наблюдение этих паттернов осуществляется в ходе беседы врача с больным, а также средним и младшим персоналом при “свободном” общении больного с другими пациентами в отделении, родственниками, знакомыми. К регистрируемым паттернам относятся следующие: внешний вид пациента, выражение лица, глаз, отдельные жесты,

позы, особенности походки. Во внешнем виде пациента большое значение придается его опрятности, соблюдению им гигиенических норм, характеру одежды. Например, больные эпилепсией, пациенты с паранойяльными синдромами часто подчеркнуто аккуратно одеты, всегда чисто выбриты, причесаны, носят строгую одежду консервативного стиля, в то время как пациенты с истерической симптоматикой предпочитают легкую небрежность в одежде, использование ярких тонов, утрированно модных деталей с целью привлечения внимания окружающих к себе.

Выражение лица пациента несет богатую информацию для психиатра. Широко раскрытые глаза, нахмуренные брови, поперечная складка между ними, сжатые челюсти, напрягшиеся челюстные и височные мышцы, раздувающиеся ноздри, прямой взгляд — все это выражение лица больного с “агрессивным” стилем поведения. Тусклое выражение глаз, складка Верогута на веках, опущенные концы бровей и рта, редкое мигание, взгляд, устремленный вниз и “в одну точку”, землисто-серая бледность кожных покровов — лицо больного с депрессией.

Следовательно, практически каждому психопатологическому синдрому соответствуют свои особенности клинико-этологических проявлений.

Анализ творчества больных. Психически больные часто проявляют склонность к творческому самовыражению, проявляя большую заинтересованность в результатах своего творчества и в его анализе. Таким образом, как считают некоторые психиатры (Л.М.Сухаребский, М.Е. Бурно), больные интуитивно лечат себя, активируя свою творческую активность и заново воссоздавая межличностные связи, нарушенные в связи с болезнью. Творчество больных может проявляться в рисунках, лепке, ремесленнических поделках, создании музыкальных произведений, литературном творчестве, танцах, театральных постановках и пр. При нарушенной вербальной коммуникации с пациентом, трудностях в интеракционных процессах врач-психиатр нередко прибегает к исследованию творчества своих пациентов и через его анализ выявляет основные тенденции в нарушенной психике пациента. Для налаживания всех звеньев общения с пациентом очень важно проводить такой анализ совместно с больным, побуждая его к раскрытию смысла созданного рисунка, стиха, сказки, скульптуры и т. д. Тщательному анализу подвергается как сюжет созданного произведения, так и внешняя форма, повторяемость творчества, динамика его сюжетов и использованных приемов.

Полученная от больного информация к концу данного этапа суммируется, что создает основу для ее дальнейшего анализа и оценки.

3.3.3. Этап “первичной оценки клинических данных”. Задачей этого этапа является первичная диагностическая оценка психического статуса пациента и динамики развития заболевания. Выполнение этой задачи осуществляется врачом-психиатром по следующей схеме:

1. анализ выявленных симптомов на момент обследования и отнесение их к патологии той или иной сферы психической деятельности;
2. установление взаимосвязи между симптомами — выделение основных (ведущих, “осевых”) и дополнительных симптомов, их динамики;
3. определение разновидности психопатологического синдрома, его клинического варианта, отнесение его к позитивным или негативным расстройствам*. Благоприятным условием для такого анализа будет

установление содружественных взаимоотношений между врачом и пациентом до уровня адаптации.

Источником диагностической информации являются средства коммуникации, используемые пациентом в общении с врачом и активизируемые приемами присоединения, выслушивания, расспроса, наблюдения, анализом творчества больного.

Анализатор информации — врач-психиатр, который через эмпатию, рефлекссию и главным образом процесс моделирования осуществляет весь процесс оценки диагностической информации.

3.3.4. Этап анализа самосознания больного. Задача этого этапа — изучение степени критической самооценки психически больным отдельных симптомов заболевания и болезни в целом. Самооценка больным своего состояния отражает состояние его самосознания.

Выделение изучения самосознания психически больных в отдельный этап клинико-психопатологического обследования определяется высокой его практической значимостью. Во-первых, расстройства самосознания больного имеют свои особенности (см. главу 4, раздел 4) при различных психопатологических синдромах и даже при некоторых заболеваниях и их анализ приобретает определенную диагностическую ценность. Во-вторых, самосознание, имея непосредственное отношение к проблеме нозогнозий, определяет критику больного к болезни, а следовательно, и прогноз на адекватное или неадекватное поведение больного в обществе в целом, и в ходе дальнейшего обследования, в частности. К тому же, что немаловажно, анализ самосознания психически больных возможен лишь при установлении с ними достаточно высоких уровней взаимодействия, содружества. А достижение этих уровней партнерства между врачом и больным само по себе уже свидетельствует о неглубоком уровне психической патологии или достаточно компенсированном состоянии.

Клинико-психопатологические методы исследования самосознания разработаны на кафедре психиатрии Куйбышевского медицинского института (В. С. Чудновский, Г. Н. Носачев, В. С. Баранов, В. Я. Сидельников и др., 1982—1993 гг.). Они включают так называемую “методику условного двойника” в трех ее вариантах.

1. Прием “воображаемого двойника”. Психиатр предлагает пациенту оценить собственные болезненные ощущения так, как если бы они наблюдались не у него самого, а у другого (в зависимости от обстоятельств это могут быть друг, жена, мать и т. д.). “Друг с тревогой рассказывает, что с ним творится что-то неладное...”. Далее следует описание болезненных переживаний и нарушенного поведения самого пациента. Затем больной должен высказать свои соображения о состоянии “двойника”; какой болезнью тот страдает — “физической” или “психической” и дать ему совет. Чаще всего пациенты сразу же догадываются, что речь идет о них самих. При этом суждения больных о состоянии “двойника” и о себе могут существенно разниться или совпадать. Данная методика раскрывает способности пациента формировать “образ Я” путем создания и переноса на себя образа двойника. Этот прием выявляет нарушения как эмоционального, так и когнитивного познания себя.

2. Прием “обобщенного двойника”. Проводится с использованием анонимных выписок из историй болезней пациентов или клинических примеров монографий. Больной после их прочтения должен дать сравнительный анализ

своих и предложенных “чужих” болезненных симптомов и оценить их на предмет патологии и оценки, о каком заболевании идет речь — “физическом” или “психическом”. Такой прием требует от больного большой способности к абстрагированию, совершению сложной цепи логических операций и отражает работу когнитивного (рационального) компонента самосознания.

3.3.5. Окончательное подведение итогов исследования — это постановка синдромального и нозологического диагноза, выработка системы медицинской и социальной реабилитации, включая лечение, вторичную и третичную профилактику.

4. Роль и место личности в общей психопатологии

Личность — психологическое понятие, оно выражает все, что есть в человеке индивидуального, исторического. Личность не врождена, но возникает в результате культурного и социального развития.

В психологии и медицине существует разделение понятий “человек”, “индивид”, “субъект деятельности”, “индивидуальность” (в смысле уникальности, неповторимости каждого человека) и “личность”. Следовательно, нельзя сводить понятие “личности” к понятиям “человек”, “индивид”, “субъект”, “индивидуальность”, хотя, с другой стороны, личность — это и человек, и индивид, и субъект, и индивидуальность, но лишь в той мере, с той стороны, которая характеризует все эти понятия с точки зрения включенности человека в общественные отношения.

В структуре личности К. К. Платонов (1966) выделил четыре основные взаимодействующие стороны: социально обусловленные качества личности (духовные потребности, направленность, моральные качества); биологически обусловленные качества (задатки, темперамент, патологические изменения личности); качества личности, обусловленные опытом (знания, навыки, умения и привычки); качества, обусловленные индивидуальными особенностями психических процессов (тип памяти, степень эмоционально-моторной устойчивости).

З. Фрейд рассматривал личность как взаимодействие трех психических структур: “Я”, “Сверх-Я” и “Оно”, каждая из которых имеет свое содержание и выполняет свои иерархические функции.

“Оно” — глубинный, природный слой личности, слой бессознательных влечений, психическая “самость”, основа деятельности индивида.

“Я” — сфера сознательного, “связная организация душевных процессов в одной личности”, посредник между бессознательным, внутренним миром человека и внешней реальностью. “Я” связано с сознанием и олицетворяет разум, рассудительность.

“Сверх-Я” — внутриличностная совесть, инстанция, олицетворяющая собой установки общества, своего рода моральная цензура, являющаяся посредником между бессознательным и сознанием в силу неразрешимости конфликта между ними. Если “Оно” воплощает в себе биологическое начало в человеке, то “Сверх-Я” формируется всецело под влиянием окружающей человека среды, ограничений и законов общества.

В Фрейдовской структуре личности не “Я” управляет “Оно”, а наоборот, “Оно” исподволь, но властно диктует свои условия “Я”. Для образного описания взаимоотношений между “Я” и “Оно” Фрейд прибегает к аналогии сравнительного отношения между всадником и лошадью. В этих взаимоотношениях между структурами личности “Сверх-Я” оказывается как бы высшим существом, отражающим заповеди, социальные запреты, власть родителей и авторитетов. Фрейдовское “Я” подобно флюгеру поворачивается то в одну сторону (“Оно”), то в другую (“Сверх-Я”) сторону.

Развитие человека, его либидинозной функции (сексуального влечения), основа его личности, развивается, по З.Фрейду, по своим законам. И на любом этапе либидинозного развития личности его подстерегают конфликты и психические травмы, могут происходить его задержки (фиксации) и регрессии. Психику взрослого человека Фрейд рассматривал как прямую проекцию его детского опыта, а психику больных неврозами и психозами — как результат детских сексуальных конфликтов.

Личность “представляет собой интегрированное понятие, — подчеркивает В. Н. Мясищев, — которое характеризуется прежде всего как система отношений человека к окружающей действительности”.

Задатки — природные предпосылки развития способностей. Их сутью являются врожденные индивидуально-психологические свойства, связанные с морфологическими и функциональными особенностями головного мозга и органов чувств.

Способности — развивающиеся на основе задатков, психических свойств личности, дающие ей возможность успешно обучаться, приобретать знания, умения, навыки для успешного выполнения какой-либо одной или нескольких деятельностей.

Темперамент — характеристика индивида со стороны нервно- динамических особенностей его психической деятельности. Основными свойствами темперамента являются: сензитивность, реактивность, темп протекания реакций, эмоциональная возбудимость, пластичность — ригидность, экстравертированность — интровертированность.

Сензитивность характеризует наименьшую силу внешнего воздействия, необходимую для возникновения той или иной психической реакции и скорости ее развития.

Реактивность отражает степень произвольности реакций на внешние или внутренние воздействия одинаковой силы.

Активность позволяет определить выраженность энергетического потенциала личности, его устремления к цели и преодолению препятствий.

Темп реакций связан со скоростью протекания психических процессов.

Эмоциональная возбудимость определяется порогом минимального воздействия, необходимого для возникновения и скорости развития эмоциональной реакции.

Пластичность отражает легкость и гибкость приспособления человека к внешним воздействиям. Ей противостоит такое качество темперамента, как ригидность — инертность приспособительных механизмов.

Экстравертированность указывает на высокую степень зависимости реакций и поведения человека от внешних впечатлений. Противоположное качество — интровертированность — высокую значимость поведения индивида от внутренних впечатлений.

Темперамент и характер не всегда четко различают. Между тем именно характер, а не темперамент мы называем сильным, слабым, твердым, мягким, тяжелым, плохим, трудным и т.д. Описаний же темперамента значительно меньше, они могут быть такими: бурный, неукротимый, вялый и т. д. Поэтому для описания темперамента удобнее пользоваться терминологией древних греков, отца медицины Гиппократ, подразделяя людей на холериков (по И. И. Павлову — сильный, неуравновешенный, подвижный), сангвиников (соответственно — сильный, уравновешенный, подвижный), флегматиков (сильный, уравновешенный, ригидный), меланхоликов (слабый). И. И. Павлов еще выделял художественный (преобладание 1 сигнальной системы), мыслительный (преобладание 2 сигнальной системы) и смешанный. Следует помнить, что чистые типы темперамента встречаются редко.

Характер — это психологическое образование, заключающее в себе закрепившиеся в процессе жизни эмоциональные отношения человека к типичным жизненным ситуациям и стереотипы когнитивных и поведенческих схем реагирования на эти ситуации.

Характер — совокупность стержневых прижизненно формируемых свойств — отношений человека к миру, накладывающих отпечаток на все его действия и поступки. Обычно выделяют четыре системы отношений личности, составляющих структуру характера:

1. К самому себе: самолюбие, уверенность в себе, самокритичность, честолюбие, тщеславие и др.
2. К окружающим людям и коллективу: альтруизм и эгоизм, отзывчивость и эгоцентризм, отходчивость — мстительность, тактичность — бестактность, уступчивость — упрямство, доброжелательность и черствость и т. п.
3. К вещам: аккуратность и неряшливость, бережливость и скупость и т. п.
4. К труду: трудолюбие и лень, ответственность и безответственность, добросовестность и халатность, целеустремленность и пассивность и др.

Имеются и другие свойства характера, проявляющиеся в сложных ситуациях, требующих мобилизации волевых качеств, например таких, как активность, целостность, твердость, устойчивость, мужество и т. п. Характер человека проявляется в деятельности, которая зависит от направленности и целеустремленности личности. Направленность — свойства личности, характеризующие ее влечения, желания, интересы, склонность, которые определяют избирательность активности человека, а также базирующиеся на них убеждения, идеалы и мировоззрение.

Целеустремленность — направленность характера, объединяет понятие цели и понятие стремления. Стремления — потребность в таких условиях существования и развития, которые непосредственно не представлены в

данной ситуации, но могут быть созданы как результат специально организованной деятельности личности.

Избирательная направленность и целеустремленность и связанной с ними активности определяет так называемые ценностные ориентации личности, в которых проявляется ее сущность.

Личность не только целеустремленная, но и самоорганизующая система, которая не только познает и преобразует внешний мир, но и самосовершенствует себя через самонаблюдение, самоанализ, самооценку и саморегуляцию. По мнению А. Г. Асмолова (1984), быть личностью — это значит иметь активную жизненную позицию, осуществлять выборы, возникающие в силу внутренней необходимости; оценивать последствия принятого решения и держать за них ответ; постоянно строить себя и других; обладать свободой выбора и нести через всю жизнь его бремя.

Существует множество концепций личности. По концепции В. Ф. Моргун (1988), существует пять своего рода “измерений структуры личности”: пространственно-временные (такие типы личности, как “мемуарист”, “конъюнктурщик”, “прогнозист”); потребностно-временные (“пессимист”, “уравновешенный”, “оптимист”); содержательным направленностям (“деловой”, “экстраверт”, “интраверт”, “игрок”); освоения деятельности (“ученик”, “исполнитель”, “любопытный”, “творец”); реализации деятельности (“преобразователь”, “созерцатель”, “оратор”, “мыслитель”).

По мнению М. С. Каган (1974), личность получает свою структуру из видового строения человеческой деятельности и характеризуется пятью потенциалами: познавательным, определяющим объем и качество информации; ценностным, обретенным в процессе социализации системой ценностных ориентаций в нравственной, политической, религиозной, эстетической сферах; творческим, состоящим из умений, навыков, способностей к созидательной и (или) разрушительной деятельности; коммуникативным, определяемым мерой и формой общительности; художественным, составляющим уровень, содержание и интенсивность художественных потребностей.

В процессе взаимодействия с людьми (группой, коллективом) личность выступает в различных ролях. Роль — форма проявления социальной активности личности в условиях конкретной группы в конкретной ситуации. Участие личности в группе обусловлено ценностными ориентациями человека, а ролевое поведение — межличностными отношениями. Используя ту или иную роль (ученик, прохожий, сын, покупатель, друг, сокурсник и т. д.), личность использует определенное поведение — маску. Маска необходима для формального общения, для соответствия группе (коллективу) формальной (служебная, учебная и пр.) и неформальной (по хобби).

Изменения качества личности зависят от ряда экзогенных моментов, а также от естественных физиологических изменений. Последние связаны главным образом с периодами пубертатным, климактерическим и старостью. Об этих изменениях К. Форстер писал: “В течение долгой жизни человек может являться перед нами последовательно в виде нескольких личностей до такой степени различных, что если бы каждая из фаз этой жизни могла воплотиться в различных индивидах, которых можно было бы собрать вместе, то они составили бы крайне разнообразную группу, держались бы самых противоположных взглядов, питали бы глубокое презрение друг к другу и скоро бы разошлись, не выказывая ни малейшего желания сойтись вторично”.

Издавна делались попытки свести практически бесконечное множество индивидуальностей к небольшому числу типичных портретов. Одна из древнейших принадлежит Гиппократу. Э. Кречмер описал два типа личности: шизотимический и циклотимический, крайними патологическими формами проявления которых являются шизофрения и маниакально-депрессивный психоз. Приведем типологический подход к описанию личностей, предложенный К. Леонгардом (1981) и А. Е. Личко (1983).

1. Гипертимный тип. Главной особенностью этого типа является постоянно приподнятое настроение, высокий жизненный тонус, активность и предприимчивость. Они отказываются подчиняться чужой воле, плохо переносят дисциплинарные требования и строго регламентированный образ жизни, к правилам и законам относятся легкомысленно, легко могут переступить грань между дозволенным и запретным.
2. Циклоидный тип. С наступлением пубертатного периода возникает первая субдепрессивная фаза, когда фон настроения снижен, отмечаются вялость, упадок сил, повышенная раздражительность и интравертированность. Субдепрессивные фазы чередуются с гипоманиакальными, при которых бросаются в глаза повышенная активность, живость, легкомыслие, тяга к наслаждениям. Вначале смена фаз подъема и спада настроения происходит довольно часто, но постепенно длительность периодов возрастает.
3. Лабильный тип. Отличительной особенностью является крайняя изменчивость настроения. Самые незначительные события окружающей жизни оказывают существенное влияние. Малейшая неприятность способна погрузить его в мрачное переживание, а приятные события или даже только их перспектива способны поднять настроение. От текущего настроения зависит все: самочувствие, работоспособность, планы на будущее, отношение к другим людям.
4. Астено-невротический тип. При нем рано проявляются разнообразные признаки невропатии: капризность, болезненность, страхи, заикание, энурез и т. п. Главными чертами являются астения, повышенная утомляемость, плохая переносимость нагрузок и напряжения, фиксация на состоянии здоровья.
5. Сензитивный тип. Основные черты — повышенная впечатлительность и чувство неполноценности. В детстве это выражается в разнообразных страхах (темноты, животных, одиночества и т. п.), избегании компании бойких и активных людей, робости и скованности, боязни любых видов проверок и испытаний.
6. Психастенический тип. Основные особенности — повышенная тревожность, мнительность, склонность к сомнениям. Для психастеника трудно принять окончательное решение, поэтому он тщательно обдумывает свое поведение, взвешивает каждый шаг, многократно перепроверяет и переделывает уже законченную работу.
7. Шизоидный тип. Характерны замкнутость, отгороженность, духовное одиночество, своеобразие и необычность в выборе занятий и увлечений.
8. Эпилептоидный тип. Главной особенностью этого типа является склонность к возникновению периодов злобно-тоскливого настроения. С этим настроением тесно связаны напряженность аффекта, взрывчатость и безудержная агрессивность. Большим напряжением отличается также сфера влечений. Все влечения характеризуются интенсивностью и силой, а их удовлетворение протекает тяжело и сопровождается многочисленными конфликтами.
9. Истероидный тип. Главные особенности — безграничный эгоизм и “жажда признания”. Они чувствительны к реакциям других людей,

легко перестраиваются, вживаются в любую роль, стремятся любой ценой добиться внимания, восхищения, удивления, сочувствия или даже ненависти, не переносят только безразличия и равнодушия к своей персоне.

10. Неустойчивый тип. Эти лица слабовольны, внушаемы, легко поддаются чужому влиянию, особенно дурному. Зависимые и безвольные, они не имеют собственных положительных целей, их поступки определяются случайными внешними обстоятельствами. Они часто попадают в дурные компании, бросают учебу и работу, сближаются с правонарушителями, алкоголизируются, употребляют наркотики и т. п.
11. Конформный тип. Данные лица полностью подчиняются давлению среды, не имеют собственных мнений и интересов, с трудом воспринимают новое и необычное, отрицательно относятся к любым переменам в жизни.

Невозможно изучать патологию психической деятельности человека, нарастание болезненной симптоматики без учета особенностей структуры личности. Психические заболевания приводят в ряде случаев к патологии личности. Патология личности многообразна, сложна и трудна для описания. Связи болезни и личности в психиатрии многообразны, динамичны и диалектичны. С одной стороны, психические болезни, особенно прогрессирующие, в большей или меньшей степени видоизменяются, деформируют и разрушают структуру личности, стирая всю ее индивидуальность. С другой—в проявлениях болезни, в симптомах, и особенно синдромах, всегда отражаются многие свойства личности и ее структура и ценностные ориентации. С третьей — могут иметь место личностные расстройства как проявление неправильного ее формирования (от акцентуации личности, крайнего варианта нормы, до психопатий — патологии, дисгармонии, расстройства зрелой личности и поведения).

5. Психопатологические симптомы (психиатрическая семиотика)

Симптом — клиническое проявление, единичный признак (паттерн) нарушения, болезненного состояния какой-либо функции организма. Психопатологический симптом — признак нарушения какой-либо психической функции (например, галлюцинация, бредовая идея, депрессия и т. п.).

5.1. Симптомы патологии ощущений, восприятия и представления

Ощущение и восприятие — первый этап познания человеком окружающего мира и самого себя, этап чувственного познания. Его ступени (этапы) — ощущения, восприятия, представления.

Ощущение — простейший психический процесс отражения отдельных конкретных свойств и качеств (твердый, шероховатый, теплый, зеленый и т. п.) предметов и явлений при их непосредственном воздействии на рецепторные зоны органов чувств (анализатора).

Восприятие — более сложный процесс отражения предметов и явлений в целом, в совокупности их свойств. Восприятия предметны, целостны, категориальны, константны, проецируются в так называемое реальное (объективное) пространство и” заполняют его, что связано с полем деятельности анализаторов.

Представление — следы ранее воспринятых образов, возникающие в сознании произвольно или непроизвольно при отсутствии данного объекта в пределах досягаемости соответствующего анализатора.

Ощущения, восприятия и представления подразделяются по органам чувств: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные (включая температурные и др.), висцеральные (интеро- и проприорецептивные).

Ощущения и восприятия обладают целым рядом свойств: чувственной живостью, экстрапроекцией, яркостью, быстротой, полнотой и отсутствием произвольной изменчивости образов. Их свойства от возраста, пола, состояния здоровья, жизненного опыта, индивидуальных особенностей личности, направленности внимания, степени сохранности и тренированности анализатора и всех обслуживающих их функциональных систем,

В отличие от восприятия представление характеризует тусклость, фрагментарность, произвольная изменчивость, интрапроекция (проекция в субъективном пространстве с принадлежностью к психическому “Я”).

5.1.1. Патология ощущения. Патологическое изменение порогов чувствительности включает понижение порогов чувствительности — гиперестезии, повышение — гипестезии, полную утрату — анестезии и извращение — сенестопатии.

Гиперестезия — повышение восприимчивости при воздействии обычных или даже слабых раздражителей; легкая психическая ранимость с повышенной чувствительностью в любом анализаторе. Встречается при интоксикациях, соматических и инфекционных заболеваниях, острых психотических состояниях (острый галлюциноз, параноид и др.), начальных проявлениях непароксизмальных помрачнениях сознания (делирий, онейроид, аменция).

Гипестезия — понижение восприимчивости к внешним раздражениям, когда окружающий мир, отдельные предметы и свойства теряют яркость, красочность, сочность, отчетливость индивидуальность. Встречается при оглушенности, депрессивных состояниях, истерических синдромах, алкогольном и наркотическом опьянениях.

Анестезия проявляется анатомическим и функциональным повреждением анализатора, начиная с рецепторного отдела и кончая корковым представительством, что клинически сопровождается потерей чувствительности кожи, потере вкуса, обоняния, слепоте, глухоте. В неврологии выделяют зрительную агнозию (неузнавание зрительных образов, букв, слов), слуховую (неузнавание предметов при ощупывании), аутоптоагнозии (неузнавание частей своего тела), анозогнозии (непризнание болезни, повреждения), агнозию лица. При истерических невротических синдромах наблюдают психическую амблиопию (слепота), психическую аноскопию (нечувствительность к запахам), психическую агеизию (утрату чувства вкуса), психическую глухоту, психическую тактильную и болевую анестезию (аналгезии).

Сенестопатии — неопределенные, трудно локализуемые, мигрирующие, диффузные, неприятные, крайне тягостные, беспредметные ощущения, проецируемые внутрь телесного “Я”. Пациенты нередко прибегают к “роскоши образных сравнений” и обозначают их как “стягивание”,

“разрывание”, “сковывание”, “щекотание”, “булькание” и др. По содержанию сенестопатии делятся на патологические термические ощущения (“жжет”, “печет”, “леденит”), патологические ощущения движения жидкости (“пульсации”, “переливание”, “наполнение”, “закупоривание” и др.), циркумскриптные (“сверлящие”, “разрывание”, жгуче-болевые), ощущения передвижения, смещения тканей, ощущения натяжения.

При соматической патологии характерно локализованность, стереотипность, связь с анатомическими границами и топографией органов, обусловленных определенной клинической картиной болезни. Для парестезии, являющихся признаком неврологического или сосудистого поражения, также характерны вышеперечисленные признаки конкретной неврологической патологии с проекцией на поверхность кожи (патология чувствительных нервов или задних корешков) в соответствии с зонами иннервации.

Сенестопатии встречаются при невротических и депрессивных синдромах, входят в бредовые (паранояльный, параноидный, парафренный, аффективно-бредовые), онейроидные- и психоорганические синдромы.

5.1.2. Патология восприятия. Различают два основных варианта патологии восприятия: психосенсорные расстройства и иллюзии. По степени сложности выделяют четыре основных вида психосенсорных расстройств: метаморфопсии (микро-, макро- и дисморфопсии), нарушения “схемы тела” (аутометаморфопсии или соматическую деперсонализацию), дереализацию и искажение восприятия течения времени.

Метаморфопсии — искаженное по внешнему виду (в отличие от иллюзии, когда происходит искажение восприятия по существу) зрительное восприятие величины (микро- и макропсии), формы (дисморфопсия — искривление формы предмета), увеличение количества (полиопсии) и пространственного расположения реальных предметов.

Дереализация (аллопсихическая деперсонализация) —искаженное восприятие объективной действительности или отдельных предметов, явлений окружающего мира по форме, величине, окраске, взаимному расположению, во времени, пространстве и т. п. Реальный мир предстает как бы “мертвым”, “плоским”, “безжизненным”, “неестественным”, “как бы рисованным”, “ненастоящим”. Отмечается необычная освещенность или контрастность (галеропия), окраска всего окружающего в желтый цвет (ксантопсия), в красный (эритропсия). К дереализации относят также явления “уже виденного”, когда незнакомая обстановка или ситуация воспринимается как уже виденная, знакомая; “никогда не виденного”, когда знакомая обстановка воспринимается незнакомой; “уже слышанного”, “никогда не переживаемого” (по аналогии с вышеописанным); ложного узнавания окружающих лиц (симптом положительного двойника или симптом Капгра), когда незнакомые люди воспринимаются как знакомые; симптом отрицательного двойника или симптом Фреголи (по аналогии). Может искажать восприятия левого или правого и наоборот; течения времени, последовательности развития событий, когда течение времени ускоряется, замедляется или искажается. Данные переживания нередко отражаются больными в рисунках.

Нарушения схемы тела (соматопсихическая дереализация, соматическая деперсонализация) включает разнообразные, тягостные ощущения изменения формы, величины, консистенции, количества, пространственного расположения конечностей и отдельных частей тела (например, увеличение размера головы, удлинение конечности, разделение тела на части и др.).

Многие больные изображают нарушения “схемы тела” в рисунках, картинах, схемах.

Психосенсорные расстройства встречаются при органических поражениях головного мозга и могут сопровождаться растерянностью, недоумением, состоянием беспомощности, тревогой и страхом; в то же время сохраняется правильная оценка окружающего, критическое отношение к болезненным симптомам. Они могут входить в сложные бредовые синдромы и синдромы помрачения сознания (онейроид), тогда критическая оценка переживаний полностью утрачивается.

Иллюзии — извращенные ощущения и восприятия реально существующих предметов и явлений, при которых понимание последних (образов) не всегда соответствует действительности и может иметь другой смысл. Различают физические, физиологические и психические иллюзии.

Физические иллюзии возникают в результате особенностей физических свойств предметов и веществ (например, преломление предметов на границе двух сред, миражи и т. п.).

Физиологические иллюзии связаны с особенностями физиологического функционирования анализатора (например, ощущение движения окружающих предметов после остановки поезда).

Психические иллюзии — искаженное восприятие реально существующего объекта с неадекватным, не отвечающим действительности пониманием его истинной сущности. В зависимости от расстройства деятельности того или иного анализатора выделяют слуховые (слышание человеческих голосов вместо шума, искаженное восприятие смысла реальной речи и т. п.), зрительные и другие иллюзии. Выделяют также аффективные иллюзии, которые возникают при выраженных аффективных состояниях (страхе, тревоге, депрессии, экстазе), парейдолические иллюзии, при которых игра светотени, пятна, морозные узоры, щели, сплетения ветвей деревьев и листья и т. п. замещаются фантастическими образами. Иллюзии встречаются на начальных этапах синдромов помрачения сознания (делирий, онейроид), острых бредовых и аффективно-бредовых синдромах, при некоторых состояниях наркотического опьянения.

5.1.3. Патология представления. Галлюцинации относятся к тяжелым и сложным расстройствам восприятия и представления.

Галлюцинации — представления, достигающие чувственной силы и яркости восприятия реальных предметов и явлений; “восприятие без объекта”.

Классификация галлюцинаций по анализаторам: слуховые, зрительные, обонятельные, тактильные, вкусовые, висцеральные, кинестетические, включая речедвигательные.

Простейшие (элементарные) галлюцинации характеризуются незавершенностью предмета: зрительные — фотопсии (круги, пятна, искры, шары и т. п.); слуховые — акоазмы (шаги, шорохи, скрипы и т. п.) и фонемы (нечленораздельные звуки, оклики, слоги, местоимения и т. п.).

Простые — галлюцинаторные образы возникают в одном анализаторе.

Сложные (комплексные) — в формировании галлюцинаторных образов участвуют два или более анализаторов, связанных общей фабулой (например, больной “видит” во дворе убийц и слышит их речь).

Галлюцинации с завершенной предметностью:

а) вербальные (словесные): по принадлежности — знакомые, незнакомые, мужские, женские, детские; по громкости — тихие, громкие, оглушающие, натуральные, шепотные; по содержанию — угрожающие, обвиняющие, хулильные, повествовательные, контрастные, стереотипные, императивные (повелительные, представляющие социальную угрозу); по форме — монологи, диалоги, беседы на родном или иностранном языках; по продолжительности — эпизодические, постоянные, наплывающие; по звучанию — невнятные, ясные, поющие; по направленности — одно- и двухсторонние, сверху, снизу, вблизи, издалека;

б) зрительные: по цвету — черно-белые, одноцветные, цветные, бесцветные и прозрачные; подвижные и неподвижные; сценopodobные, ландшафтные, портретные, калейдоскопические; по содержанию — угрожающие, индифферентные, обвиняющие, аутоскопические (появление галлюцинаторного образа двойника) и отрицательные аутоскопические (исчезновение своего отражения в зеркале); по величине — нормальные, лилипутные, гигантские; целостные и парциальные, гемианопсические, моно- и полиопсические; экстракампинные (восприятие вне поля зрения при псевдогаллюцинациях) ;

в) тактильные — на коже и под кожей (дерматозойдные) восприятия предметов, насекомых, животных, паутины, веревок и т. п.; температурные — жар, холод; гаптические — ощущение схватывания, прикосновения; гигрические — ощущение влаги;

г) обонятельные .— восприятие крайне неприятных, удушающих запахов падали, гниения, чаще всего исходящие от самого больного;

д) висцеральные — эндоскопические (“видение” своих внутренних органов); галлюцинации трансформации (измененность внутренних органов, их удлинение, перемещение); генитальные (ощущение манипуляций с половыми органами—насилие, мастурбация и т. п.), “появление” внутри тела одушевленных и неодушевленных предметов;

е) кинестетические — восприятие отсутствия конечности или наличия лишних конечностей, насильственных движений, речедвигательных (ощущение движения языка, произнесение слов, звучание их вне голосовых связок при псевдогаллюцинациях).

Выделяют так называемые объективные признаки галлюцинаций: при зрительных — больной присматривается, следит, наблюдает за невидимыми галлюцинаторными образами; при слуховых — прислушивается, затыкает уши, переговаривается; при тактильных — стряхивают, собирают воображаемых насекомых, предметы и т. д.

Варианты галлюцинаций по условиям возникновения: функциональные (чаще слуховые, возникающие при реальном звуковом раздражителе); рефлекторные (при реальном раздражении в соанализаторе); гипнагогические (при засыпании), гипнопомпические (при пробуждении), типа Шарля Бонне (при повреждении периферического отдела анализатора,

например, “видения” при выраженной катаракте); апперцептивные (вызываемые волевым усилием); психогенные — доминантные (при аффективно насыщенных переживаниях, например, “голос” умершего мужа), воображения Дюпре (при мечтаниях и фантазиях), индуцированные (внушенные галлюцинирующим больным), внушенные (навязанные врачом при исследовании, например, у больного алкогольным делирием — симптом Липмана, когда внушаются зрительные образы; симптом Ашафенбурга, внушенные “голоса”, звуки. Многие больные стремятся изобразить в картинах, рисунках, реже в литературном творчестве галлюцинаторные переживания. Входят в структуру таких синдромов как галлюциноз, параноидный, психического автоматизма, парафренный.

Псевдогаллюцинации (ложные галлюцинации) отличаются от истинных галлюцинаций характером насильственности, навязанности, сделанности, искусственности; недостаточной устойчивостью, объемностью, отсутствием чувственной живости образа, отсутствием свойства объективности, телесности и экстрапроекции; чувством субъективности, отчуждения от личности. Различают псевдогаллюцинации по анализаторам, проекции, содержанию, принадлежности. Входят в состав псевдогаллюциноза, синдрома психического автоматизма Кандинского—Клерамбо, парафренного.

5.2. Симптомы патологии памяти

Память — психический процесс отражения, способность к фиксации (запоминанию), сохранению (ретенции) и воспроизведению (репродукции) прошлого опыта. Различают краткосрочную (кратковременную), долгосрочную (долговременную) и оперативную память. Выделяют виды памяти по участию анализаторов: зрительная, слуховая, двигательная, смешанная; по участию сигнальных систем: наглядно-образная и словесно-логическая; по механизму запоминания: механическая, смысловая; по степени вовлечения внимания и волевого усилия: непроизвольное запоминание и произвольное.

Расстройства памяти могут касаться всех ее основных компонентов (фиксации, ретенции, репродукции) и проявляются в дисмнезии (повышение, снижение и выпадение участков памяти) и парамнезии (искажение или извращение памяти).

Гипермнезия — кратковременное болезненное усиление непроизвольной репродукции, реже запоминания; встречается при лихорадочных состояниях, в гипнотическом и маниакальном состояниях.

Гипомнезия — болезненное ослабление запоминания настоящего или воспроизведения прошлых событий. Возникает так называемая “прорешливая память”, когда больной вспоминает не все, что должен был бы помнить, а наиболее сильные и яркие впечатления. Легкая степень гипомнезии проявляется слабостью воспроизведения дат, имен, терминов, цифр и т. п. Встречается при невротических, наркоманических, психоорганических синдромах, паралитическом и слабоумии.

Амнезия — отсутствие воспоминаний о пережитом, ограниченное тем или иным периодом времени, той или иной ситуации.

Выделяют амнезии по отношению периода, подвергшегося амнезии, к периоду болезни (расстройству сознания); по нарушенной функции памяти, по динамике, по объекту амнезии.

К первому варианту амнезии относятся ретроградная — выпадение из памяти событий, предшествовавших острому периоду болезни; антероградная — утрата воспоминаний на тот или иной период течения болезни; антероретроградная (тотальная) и конградная — выпадение воспоминаний, полное или частичное, в период нарушенного сознания. Встречаются при травмах мозга, энцефалитах, при количественных и качественных расстройствах сознания различного происхождения.

Амнезии по преимущественно нарушенной функции памяти: фиксационная — резкое ослабление или отсутствие способности запоминания новой информации, текущих событий, является одним из основных признаков корсаковского амнестического синдрома анэкрфория — неспособность к произвольному воспоминанию без подсказки.

По динамике амнезии делятся на: прогрессирующую — распад памяти в соответствии с законом Рибо, от текущего ко все более давнему прошлому; стационарная, регрессирующая — постепенно улучшается усвоение текущих событий и воспроизведение прошлого: ретардированная — отставленная, запаздывающая, когда события выпадают из памяти не сразу, а спустя некоторое время после патологического состояния,

Варианты амнезии по объекту: аффектогенная (кататимная) амнезия — пробелы памяти после ярко выраженных аффективных неприятных и неприемлемых для личности впечатлений и событий; близко к ней истерическая амнезия, когда фрагментарно выпадает из памяти только неприемлемые для личности события; скотомизация, также очень близко к вышеописанным расстройствам, — выпадение участков воспоминаний у лиц без истерической симптоматики. Чаще всего наблюдается при невротических реакциях, истерии и других психогенных заболеваниях.

Парамнезии — искаженные, извращенные воспоминания.

Псевдореминисценции — перемещение воспоминаний во времени, события, имевшие место в другой период, переносятся на текущий период времени. Чаще всего носят замещающий характер, заполняя пробелы памяти, обусловленные фиксационной амнезией. Входят в состав корсаковского синдрома, частичной и тотальной деменции, псевдодеменции и пуэрилизма.

Криптомнезии — искажение памяти, при котором ослабляются или исчезают различия между событиями личной жизни и событиями общественной жизни, увиденными во сне, прочитанными и т. п.

Эхомнезии (редуплицирующая парамнезия Пика) — обманы памяти, при которых имевшие место в жизни пациента события, факты, переживания предстают удвоенными, утроенными в воспоминаниях больного, нередко разбросанные во времени.

Конфабуляции — вымыслы, искаженные воспоминания о событиях, которых не было ни в период времени, о котором говорит больной, ни в прошлой его жизни.

Различают замещающие конфабуляции — вымыслы, которые заполняют провалы памяти, преимущественно обусловленные фиксационной амнезией; фантастические конфабуляции — искаженные воспоминания о невероятных фантастических событиях, якобы имевших место в отдаленном и недавнем прошлом, обусловленные бредовыми переживаниями, конфабулезом;

паралитические конфабуляции, связанные также с мегаломаническим бредом в сочетании с нарастающим слабоумием; галлюцинаторные воспоминания Кальбаума (конкретная фантометрия) — искаженные воспоминания, обусловленные галлюцинаторными переживаниями и перенесенные в прошлые переживания пациента; псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания В. Х. Кандинского — созданный воображением факт становится сразу же содержанием слуховых или зрительных псевдогаллюцинаций, которые представляют в сознании больного как воспоминания о реальном событии.

5.3. Патология внимания

Внимание — способность к сосредоточению на каких-либо внешних или внутренних событиях, предметах или видах деятельности. Внимание способствует устойчивому повышению уровня сенсорной, интеллектуальной и двигательной активности, обеспечивающих продуктивность психической деятельности. Внимание не имеет своего, отдельного и специфического продукта. Его результатом является улучшение всякой психической деятельности, к которой оно подключается.

Выделяют активное (произвольное) и пассивное (непроизвольное), слепопроизвольное внимание. Среди свойств внимания — устойчивость, объем, переключаемость, направленность.

К расстройствам внимания относят:

- o *рассеянность* внимания — нарушение способности длительно сохранять его целенаправленность;
- o *истощаемость* — ослабление интенсивности внимания, быстрый переход активного внимания в пассивное;
- o *отвлекаемость* — повышенная подвижность, быстрое изменение направленности, сосредоточенности, интенсивности внимания;
- o *тугоподвижность* — инертность, фиксированность внимания, при затруднении переключения с одного объекта на другой;
- o *сужение объема* внимания — патологическая сосредоточенность, вызванная слабостью его распределения между объектами.

Нарушения внимания входят в состав всех позитивных и негативных синдромов.

5.4. Нарушения мышления, речи и интеллекта

Мышление — опосредованное, обобщенное отражение существенных, чаще всего не лежащих на поверхности (скрытых), сторон предметов и явлений объективного и субъективного мира и их внутренних взаимосвязей: способность человека абстрагироваться от конкретного, образного и оперировать абстрактными категориями, отражающими объективную реальность. Источником и основой мышления являются ощущения, восприятия, представления и вытекающие из этого запасы памяти, духовного инвентаря и навыков, которые в виде конкретных и абстрактных словесных символов предметов окружающей действительности служат составными элементами мыслительных операций. С помощью мышления человек выходит за пределы чувственного познания и приобретает способность не только прогнозировать свою деятельность и преобразовать окружающий мир.

Основные элементы мышления — это понятия, отражающие существенные признаки предметов и явлений окружающей действительности; суждения, в которых высказывается мысль о предмете, устанавливаются отношения и связи между предметами и явлениями; умозаключения, в которых из одного или нескольких суждений выводится новое (заключение). В процессе мышления проходит ряд логических операций: анализ — разложение, расчленение явлений на составные части; синтез — соединение воедино отдельных свойств, в том числе вновь выделенных; обобщение — сведение одних понятий в более общее; ограничение — выделение из общих менее общих понятий; деление — раскрывающее объем понятий; классификация — выделение существенных признаков и т. п. Выделяют наглядно-действенное, наглядно-образное (конкретно-образное), словесно-логическое, творческое (эвристическое) мышление и интуицию. Мышление осуществляется по законам формальной логики — тождества, исключенного третьего, достаточных оснований.

Мышление является основной составной частью интеллекта (ума, мыслительных способностей). Индивидуальная характеристика мышления, то есть мышления в действии, качество ума (интеллекта), включает широту, глубину, самостоятельность, критичность и гибкость, последовательность и быстроту мыслительных операций. Собственно интеллект, способность образовывать новые умозаключения, схватывать различные точки зрения, включает предпосылки интеллекта (память, внимание, речь и др.), духовный инвентарь (запас знаний и навыков).

Поскольку о мышлении мы судим по речи, то основным методом определения состояния мышления и его нарушений является оценка речевой (внешней и письменной речи) продукции.

Мышление и интеллект проявляется преимущественно и существуют благодаря языка и речи человека. Язык человека — есть сложная система кодов, обозначающих предметы, признаки, действий или отношений, которая имеет функции передачи информации и введения ее в различные системы связей и отношений. Речь — специфически человеческая форма деятельности. Различают звуковую и жестовую речь. Речь имеет две основные функции — коммуникативную (средство общения) и сигнификативную (форма существования мысли). Через посредство языка и речи общество формирует мышление ребенка и взрослого и определяет структуру его сознания. Различают внутреннюю, речь для себя, внешнюю, речь для других, и письменную, самую многословную, точную и развернутую форму речи. Речь, в первую очередь, осуществляется с помощью слова. Обобщая предметы, слово является орудием абстракции, клеточкой мышления. Основной функцией слова является его обозначающая роль (предметная отнесенность).

5.4.1. Патология ассоциативного процесса. Различают следующие варианты расстройств форм ассоциативного процесса: по темпу — ускорение, замедление, ментизм, остановка мысли; по подвижности — детализация, обстоятельность, вязкость; по целенаправленности — резонерство, витиеватость, соскальзывание, разноплановость, аморфность, символическое, паралогическое, аутистическое, архаическое мышление; и нарушения грамматического строя речи.

Нарушения мышления по темпу представлены ускорением темпа мышления — увеличение количества ассоциаций в единицу времени, вплоть до “скачки

идей”; мептизм — непроизвольный наплыв мыслей; замедление — уменьшение числа ассоциаций в единицу времени; остановка (закупорка, шперрунг) мышления — непроизвольный обрыв, остановка течения, отсутствие мысли. Наблюдаются при аффективных, бредовых и органических синдромах.

При нарушении подвижности мышления встречаются детализация — постоянное вовлечение в процесс мышления второстепенных несущественных подробностей; обстоятельность — выраженная детализация с систематическим застреванием на деталях и побочных ассоциациях; вязкость — ярко выраженная обстоятельность, при которой искажается и теряется основное направление мысли и она становится малопонятной, а мышление апродуктивным. Характерно эпилептической деменции и психоорганическому синдрому.

В нарушение целенаправленности мышления входит целая группа сменяющих или заменяющих друг друга по мере углубления нарушения мотивационного компонента мышления.

Витиеватость — пространные рассуждения с привлечением обилия цитат, метафор, сравнений, научных терминов, формул и т. п., хотя это все малонеобходимо для утверждения какой-либо мысли и только усложняет ее понимание.

Соскальзывание — неожиданные переходы логически и грамматически правильно построенной мысли одного содержания на совершенно другую мысль по несуществующему признаку, затрудняющих дальнейшую логику построения мыслительной деятельности.

Резонерство — бесплодное мудрствование, пустое рассуждательство, пространное разглагольствование на незначительную тему.

Разноплановость — необоснованная, немотивированная смен логических построений, соскальзывание, в результате которых основная мысль становится непонятной и замещается несочетаемыми понятиями.

Аморфность — нечеткое, противоречивое использование понятий, при котором грамматически правильно построенная речь приобретает расплывчатый, случайный характер, а основное умозаключение остается несформулированным или непонятным окружающими.

Паралогическое мышление — нарушение логики, умозаключение не вытекает из суждений или просто неожиданные и ничем не обоснованы.

Символическое мышление — мышление, основанное на псевдопонятиях, обусловленных случайными, несущественными признаками; неологизмах — новых, необычных понятиях; уплотнениях (агглюцинациях) понятий — необычных объединениях, слияниях двух или нескольких понятий в одно.

Аутистическое мышление — оторванное от реальности фантастическое, лишенное реального содержания мышление с малой открытостью для окружающих людей; “пир за закрытыми шторами” (Е. Блейлер).

Архаическое мышление — мышление, построенное на суждениях прошлых веков, оживших взглядах и умозаключениях.

Персеверация — при новом вопросе повторение предыдущего, чаще всего самого простого ответа.

Разорванность — отсутствие логической связи между отдельными умозаключениями, суждениями, понятиями при формальном сохранении грамматического строя речи.

При нарушении грамматического строя речи выделяют речевые стереотипии — штампованные обороты или использование вопроса для построения ответа; вербигерацию — бессмысленное повторение одних и тех же слов, фраз, окончаний слов или отдельных звуков; бессвязность — “словесная крошка”, набор отдельных слов или словосочетаний, лишенных логического и грамматического строя.

Те или иные расстройства ассоциативного процесса встречаются при всех психотических позитивных и негативных синдромах.

5.5. Симптомы патологии эмоций

Эмоции — субъективные переживания, окрашивающие психическое отношение к окружающей действительности и к самому себе. Эмоции и чувства отражают отношения, в каких находятся предметы и явления к потребностям и мотивам деятельности человека.

Эмоциональные реакции П. К. Анохин рассматривал как целостные физиологические приспособительные акты, санкционирующие и закрепляющие механизмы, относящиеся к удовлетворению или неудовлетворению потребностей. Эмоциональные состояния имеют объективные (соматоневрологические) и субъективные (психические) проявления.

Эмоциональный процесс включает три основные компоненты: первый — эмоциональное возбуждение, определяющее мобилизационные сдвиги в организме; второй — знак эмоций (положительный, отрицательный); третий — степень контроля эмоций: аффекты (страх, гнев, радость), при которых еще сохраняется ориентация и контроль, и крайнее возбуждение (паника, ужас, бешенство, экстаз, полное отчаяние), когда ориентация и контроль практический невозможны (патологический аффект).

По субъективному тону эмоции подразделяют на положительные (приятные) и отрицательные (неприятные), по влиянию на деятельность — стенические (мобилизирующие) и астенические (дезорганизирующие, угнетающие); по механизму возникновения на реактивные, возникающие в качестве реакции на соответствующий внешний стимул, и витальные, связанные с изменением биотонуса организма; по сложности: низшие, связанные с инстинктами, и высшие, эмоции, формирующиеся в результате воспитания в обществе (моральные, эстетические, интеллектуальные); по силе и продолжительности: настроение — длительное, ровное эмоциональное состояние; страсть — сильное, стойкое и глубокое эмоциональное состояние; аффект — бурная, кратковременная эмоция.

К фундаментальным эмоциям относят интерес — волнение, радость, удивление; горе — страдание, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд, вина.

Внешне эмоции проявляются мимикой, пантомимикой, особенностями речи (темп, сила, напряженность голоса, тембр, звучность, интонации, содержание) и соматовегетативными проявлениями. Мимика — движение мышц лица, отражающие различные эмоциональные состояния. Пантомимика (жестикаляция) — эмоционально выразительные движения тела, рук (жесты), позы. Соматовегетативные проявления эмоций — сердечно-сосудистые, дыхательные и вегетативные проявления, интимно связанные с эмоциональными реакциями.

Всякий раз, когда человек подвергается непривычно сильной нагрузке, он проходит через три стадии: вначале ему чрезвычайно трудно, затем он привыкает и обретает “второе дыхание” и, наконец, теряет силы и вынужден прекратить работу. Такая трехфазная реакция является общим законом — это общий адаптационный синдром, или биологический стресс

(Г. Селье).

5.5.1. Продуктивные эмоциональные расстройства.

5.5.1.1. Гипотомии — сборная группа понижения настроения.

Депрессия — тоска, подавленное, мрачное настроение, глубокая печаль, уныние. Тоска витальная сопровождается тягостным ощущением мучительного сжатия, “камня на сердце”, стеснения, “пустоты” за грудиной, в области сердца (“предсердечная” тоска).

Тревога — внутреннее беспокойство, волнение, стеснение, ожидание надвигающейся беды, пессимистические опасения настоящего и будущего.

Страх — ярко выраженная тревога, паника, ужас о своем благополучии или жизни.

Тревога и страх широко наблюдаются как в норме, так и в структуре большинства позитивных психопатологических синдромов: галлюцинаторных, бредовых, аффективно-бредовых, синдромов помрачнения сознания.

Изард (1980) на основании обзора работ зарубежных авторов отмечает: 1) тесную связь между собой и со степенью интенсивности стимуляции таких эмоций, как удивление—испуг (неожиданность и резкое возрастание стимуляции), страх—ужас (несколько меньшее увеличение стимуляции) и интерес—возбуждение (еще менее неожиданная и резкая стимуляция); 2) существование в эмоциях испуга, страха и интереса — возбуждения частично перекрывающейся компоненты (между ними наблюдается неустойчивое равновесие); 3) разнообразие детерминант существования страха — врожденные (гомеостатические, инстинктивные, новизна раздражителя, темнота, одиночество) и приобретенные (вытекающие из опыта, социальных и других условиях); 4) наличие связи страха с другими эмоциями — страданием, презрением, отвращением, стыдом, стеснительностью и другие.

Дисфория — угрюмое, мрачно-раздражительное настроение с взрывчатостью и ожесточением, агрессивностью и аутоагрессивностью.

Растерянность — изменчивое, лабильное эмоциональное состояние с переживаниями недоумения и беспомощностью.

Гипотомии входят в структуру разных вариантов депрессивных синдромов, депрессивно-бредовых, острых бредовых и синдромов помрачения сознания.

5.5.1.2. Гипертимии — сборная группа повышения настроения. Мания — повышенное, “лучезарное”, радостное, “солнечное”, настроение, жизненного счастья, избытка активности и жизнедеятельности.

Эйфория — “пустое”, беспечное, облегченное эмоциональное состояние с “рефлекторной” поверхностной оценкой своего состояния, поведения.

Благодушие — эмоциональное состояние с беспечностью, довольством без стремления к деятельности.

Экстаз — чрезвычайно повышенное, экзальтированное, приподнятое с чувством наивысшего восторга, нередко с религиозным мистическим, мессианским оттенком переживаний.

Гневливость — раздражительность, злобность, аффект со склонностью к агрессии, разрушительными действиями.

Входят в структуру маниакальных, паралитических, бредовых, маниакально-бредовых, психоорганического, корсаковского синдромов, синдромов помрачения сознания.

5.5.1.3. Паратимии — искажение, извращение эмоций. Амбивалентность — одновременное сосуществование двух противоположных эмоциональных оценок к одному и тому же факту, событию.

Эмоциональная неадекватность — несоответствие эмоциональной реакции раздражителю (например, отрицательные эмоции на положительный для пациента раздражитель). Примером неадекватности эмоций может также служить симптом фамильной не нависти.

Симптом “дерево и стекло” — сочетание эмоциональной притупленности с повышенной чувствительностью, ранимости, “мимизоподобности” к близким по значимости раздражителям.

Симптом “регрессивной синтонности” — искажения эмпатийной способности, эмоциональной оценки, ситуации, эмоциональная “обнаженность”.

Входят в структуру преимущественно негативных личностных расстройств.

5.5.1.4. Нарушения динамики эмоций. Эмоциональная лабильность — быстрая, часто маломотивированная смена полярности эмоций, выражается в легкой смене радости и печали, слез и смеха. Характерна для невротических синдромов, синдромов помрачения сознания.

Тугоподвижность (инертность, ригидность) — длительное застревание на одной эмоции, когда повод для ее возникновения исчез. Входит в структуру эпилептических изменений личности.

Слабодушие — невозможность сдержать внешние эмоциональные реакции, преимущественно слезы, и на положительные и отрицательные раздражители. Входит в структуру невротических и психоорганического синдромов.

Эмоциональная гиперестезия сопровождается гиперестезией ощущений, сенестопатии, а явления гипостезии — эмоциональной гипостезией.

5.5.2. Негативные эмоциональные расстройства. Сужение эмоционального резонанса — уменьшение яркости и распространенности эмоциональных реакций, сужение их спектра.

Эмоциональная патологическая инверсия — крайняя степень сужения эмоционального резонанса с направленностью реагирования на внутренние утилитарно-гедонистические потребности.

Эмоциональная нивелировка — исчезновение дифференцированного эмоционального реагирования, ранее свойственного данному субъекту.

Паралич эмоций — чувство полной опустошенности, эмоционального безразличия с чувством переживания снижения эмоционального тона.

Побледнение эмоций (эмоциональное уплощение) — снижение интенсивности (силы) эмоциональных проявлений, сопровождающееся уменьшением выразительности (экспрессивности) мимики и жестов.

Эмоциональная тупость (“эмоциональная деменция”) — стойкое оскудение эмоциональных переживаний, касающееся, в первую очередь, высших эмоций (чувств), доходящих до полного безразличия (апатии) своему положению, к своей судьбе и судьбе близких.

Сопровождают большинство негативных синдромов по мере их утяжеления.

5.6. Симптомы патологии воли

Воля — целенаправленная, мотивированная, активная психическая деятельность. Волевой акт состоит из ряда этапов последовательных, спланированных действий: возникновение мотивов деятельности, потребность в ней (влечение, желание, хотение, стремление); борьба мотивов; принятие окончательного решения, постановка цели, разработка плана действий; реализация плана действия—волевое усилие; действие, удовлетворяющее потребности.

Побудительным мотивом ко всем видам деятельности у человека являются влечения (потребности): низшие (инстинктивные) в виде потребности в пище и т. п. (инстинктивные влечения — пищевое, половое, самосохранения, исследовательское) и высшие (социально обусловленные) в виде потребности в труде, в общении, любви, самосовершенствовании и т. п. Осуществление органических (низших) и социальных (высших) потребностей происходит в результате сложной эффекторно-волевой деятельности человека. Их удовлетворение или неудовлетворение сопровождается соответствующими эмоциями.

Эффекторно-волевая сфера упрощенно состоит из трех основных компонентов: а) влечения (потребности), б) волевого или целевого (способность к сознательному и целенаправленному регулированию человеком своих целей и соответственно ее деятельности) и в) собственно эффекторного или двигательного (простые и сложные движения, действия и поступки; произвольные и произвольные волевые действия). Удовольствие от преодоления препятствий, помех — наиболее яркий показатель воли. Индивидуальная норма удовлетворения “рефлекса свободы” — воли — чрезвычайно важная черта характера человека.

Простое действие совершается по упрощенной и прямой схеме: влечение (например, пищевое), цель (выбор пищи) и действие (приготовление пищи и поедание).

Сложное действие возникает чаще всего при удовлетворении высших потребностей, когда длительно идет борьба мотивов, выбор цели и еще сложнее выглядит целенаправленная регулируемая человеком деятельность (например, интерес к медицине, цель — стать врачом и длительное изучение многих дисциплин в институте).

Непроизвольные действия возникают в результате возникновения неосознаваемых или недостаточно отчетливо осознаваемых побуждений. В таком случае плохо осознается потребность, нет четкого плана и возникают они в состоянии аффекта, растерянности, страха, изумления. Произвольные действия предполагают четкое осознание потребности, цели и действий, приводящих к их осуществлению. Волевое действие является такой разновидностью произвольного действия, когда не только хорошо осознается цель, но и четко происходит выбор мотивов и цели, учитываются все пути, препятствия и варианты их преодоления в ходе реализации достижения цели.

Под деятельностью понимается активность человека, направленная на изменение мира, на производство или порождение определенного объективированного продукта материальной или духовной культуры. Деятельность — основной путь, единственный эффективный способ быть личностью; человек своей деятельностью продолжает себя в других людях (поведении). Поведение соотносится с нравственными действиями личности и складывается из ее поступков.

5.6.1. Патология влечений (потребностей). Расстройства влечений (инстинктов) могут проявляться в виде патологического усиления, ослабления или извращения.

5.6.1.1. Патология пищевого влечения. Булимия или полифагия — болезненное усиление пищевого влечения, характеризуются непреодолимым сильным влечением к пище (постоянное чувство голода — булимия), прожорливостью и отсутствием чувства насыщения (полифагия). Встречается при психопатических, невротических и психоэндокринных синдромах.

Анорексия — снижение, отсутствие аппетита или отвращение к пище. Может определять самостоятельный синдром — аноректический, входит в депрессивные и кататонические синдромы.

Парарекия — извращение пищевого влечения, проявляющееся поеданием несъедобных веществ (земли, извести Эпика беременных), кала (копрофагия) и т. п.

5.6.1.2. Патология инстинкта самосохранения. Усиление инстинкта самосохранения может проявляться в двух противоположных формах поведения: а) пассивно-оборонительной (стремление к уходу от опасных и сложных ситуаций, от ответственных решений, робость, нерешительность, трусость, реакции “мнимой смерти” и т. п.); и б) активно-оборонительной (реакции протеста, оппозиции, различные виды агрессивности и т. п.). Наблюдаются при психопатических, невротических и ряда негативных синдромов.

Ослабление инстинкта самосохранения проявляется в снижении интереса и безразличия к жизни, возникновении суицидальных мыслей и поступков, особенно в сочетании с депрессивным эффектом. Встречается при психопатических, депрессивных и депрессивно-бредовых синдромах,

Извращение инстинкта самосохранения проявляется в актах самоистязания, членовредительства, проглатывании металлических и других предметов. Наблюдается при бредовых, аффективных синдромах, деменции, включая суицидоманию, болезненное, чаще навязчивое, компульсивное стремление к самоубийству.

5.6.1.3. Патология сексуального влечения. Гиперсексуальность — повышение сексуального влечения с соответствующим поведением у мужчин (сатириазис), у женщин (нимфомания).

Гипосексуальность — понижение или отсутствие сексуального влечения: у мужчин — некоторые формы импотенции, у женщин — фригидность.

Сексуальные перверзии (извращения) — нарушение полового инстинкта, проявляющееся в извращении направленности или форм его проявлений.

Основными разновидностями сексуальных извращений являются: а) аутоэротизм — фантазирование на эротические темы: мастурбация (онанизм) — половое самоудовлетворение вплоть до оргазма посредством манипулирования с половыми органами руками или предметами; нарциссизм — созерцание собственного тела с любованием им; и б) альголагия — влечение и достижение сексуального удовлетворения вплоть до оргазма путем причинения физической боли или морального ущерба себе (мазохизм) или половому партнеру (садизм).

К заместительным формам сексуальных перверзии относятся: гомосексуализм — половое влечение и получение наиболее яркого оргазма с лицом того же пола (у женщин — лесбианство, трибадия; у мужчин — педерастия-); визионизм — подглядывание за обнаженными лицами противоположного пола (при купании, переодевании, физиологических отправлениях п т. п.); эксгибиционизм — обнажение половых органов в присутствии лиц противоположного пола с целью получения полового удовлетворения; трансвестизм — стремление принять внешний облик лиц противоположного пола и одевать их одежду; фетишизм — получение сексуального удовлетворения при созерцании предметов интимного назначения или манипулирование ими.

По направленности полового влечения на неадекватные объекты выделяют следующие виды извращения сексуального влечения: педофилия — половое влечение к малолетним, геронтофилия — половое влечение к старикам, зоофилия или скотоложество — половое влечение к животным, некрофилия — половое влечение к трупам, пигмалионизм — половое влечение к статуям, фотографиям, картинам.

5.6.1.4. Патология ориентировочного инстинкта. Усиление исследовательского инстинкта проявляется многообразием и крайней изменчивостью интересов и устремлений. И включает также дромоманию — патологическое влечение к постоянной перемене места обитания, бродяжничеству; ониомания — неудержимое влечение совершать покупки, приобретать вещи без материальной и личной заинтересованности. Встречаются при маниакальных, психоорганических синдромах.

Снижение исследовательского влечения характеризуется падением интереса не только к внешним видам деятельности, но и к самому себе. Наблюдается при депрессивных, психоорганических синдромах, деменции.

Извращение исследовательского влечения включает: клептоманию — патологическое влечение к кражам ненужных, бесполезных и однообразных вещей; пироманию — влечение к поджогам или созерцанию пламени.

Навязчивые влечения — побуждения к деятельности появляются помимо воли больного, не отражая его интересов с сохранением критического отношения. Встречается при невротических, наркоманических синдромах.

Компульсивные влечения — побуждения к деятельности возникают подобно витальным влечениям и приобретают характер доминирующего мотива деятельности без борьбы выбора мотива.

Импульсивные влечения — немотивированное, безвольное, пароксизмально возникающее влечение на фоне аффективно-суженного сознания. Входит в структуру кататонических синдромов и сумеречном состоянии сознания.

5.6.2. Патология цели и мотивов деятельности. Гипербулия — патологическое усиление количества целей, планов, устремлений и соответственно деятельности, не считаясь ни с реальными обстоятельствами и возможностями. Наблюдается при маниакальных, 'психопатических синдромах, состояниях наркотизации или абстиненции.

Гипобулия — резкое снижение целей и мотивов деятельности. Входит преимущественно в структуру депрессивных и ступорозных синдромов.

Парабулия — извращение побуждений и целей деятельности, проявляется ненужным, бессмысленным собирательством, увлечениями, изобретениями; амбигуэнтность — одновременное сосуществование двух противоположных мотивов, целей и деятельности; включая ктиноманию — стремление к живодерству; гомицидоманию — стремление к убийству людей без ситуационно-психологической обусловленности.

Абулия — отсутствие побуждений к социально-полезной и личностно значимой деятельности, при сохранении инстинктивной деятельности (к пище, теплу и т. п.). Входит в структуру деменции, апатико-абулического, психоорганического синдромов.

5.6.3. Патология двигательной сферы. Навязчивые действия — реализованные навязчивые влечения, часто носящие характер ритуальных действий. Встречаются при невротических синдромах.

Компульсивные действия — реализованные компульсивные влечения. Входят в структуру психопатических, наркоманических синдромов.

Импульсивные действия — немотивированные, внезапные, аффективно индифферентные сложные двигательные акты без борьбы мотивов и выбора цели, чаще всего сопровождаются агрессивными разрушительными тенденциями. Входит в структуру кататонических синдромов.

Насильственные действия — безмотивно, произвольно возникающие движения, воспринимаемые как чуждые, лишние для пациента при ясном сознании (гиперкинезы, насильственный смех, плач, крик и т. п.). Наблюдаются при органических заболеваниях головного мозга.

5.6.3.1. Угнетение двигательных усилий. Гипокинезия (двигательное торможение, ступор) — замедление произвольных движений. Полная обездвиженность — акинезия. Входят в структуру ступора, депрессивного и апатико-абулического синдромов.

Гипомимия — уменьшение интенсивности и объема выразительных произвольных мимических движений. Их полное отсутствие — амимия. Входят в выше перечисленные синдромы.

Выделяют депрессивную гипокинезию, при которой резко снижена произвольная деятельность в сочетании с бедной депрессивной мимикой; маниакальную гипокинезию, кратковременно сменяющую маниакальное возбуждение бедностью произвольной деятельности при сохранении достаточно богатой маниакальной мимики; галлюцинаторную гипокинезию, возникающую при угрожающих и императивных галлюцинациях, с мимикой страха и ужаса; бредовую гипокинезию, сопровождающую бредовые идеи воздействия, но с мимикой тревоги и страха.

Мутизм — отсутствие спонтанной и ответной речи при сохранении возможности речепроизводства и речепонимания.

5.6.3.2. Усиление двигательной активности. Представлено различными вариантами гиперкинезии и судорогами.

Гиперкинезия — повышенная двигательная активность, доходящая до возбуждения с нарушением целенаправленных, произвольных движений.

Выделяют эйфорическую (маниакальную) гиперкинезию, при которой оживленные произвольные движения недостаточно плавные, излишние на фоне эйфории или мании: тревожно-депрессивную гиперкинезию (ажитацию), возникающую на высоте тревожно-депрессивного аффекта и проявляется нецеленаправленной суетливостью, переходящей в возбуждение (меланхолический раптус); галлюцинаторную гиперкинезию, возникающую при угрожающих и императивных галлюцинациях, когда больные убегают, прячутся, нападают соответственно содержанию галлюцинаций; бредовую гиперкинезию, сопровождающую персекуторные бредовые идеи и отражают их содержание; кататоническую гиперкинезию характеризуют нецеленаправленными, хаотическими, непродуктивными, стереотипными

действиями с манерностью, вычурностью, негативизмом; наконец, гиперкинезии, сопровождающие, синдромы помрачения сознания, так при делирии и онейроиде гиперкинезии определяются фабулой галлюцинаторных и бредовых переживаний, при сумеречном состоянии сознания сложными автоматическими, на первый взгляд упорядоченными, целесообразными действиями, а на самом деле бессмысленными и нецеленаправленными для больного.

5.6.3.3. Извращение двигательной активности. Извращения (паракинезии) включают речевые стереотипии и однообразные, монотонные повторения отдельных слов; двигательные стереотипии — однообразные, неадекватные повторения нелепых поз и движений; негативизм — немотивированное противодействие, активный — негативизм с сопротивлением и последующим противодействием, пассивный — просто противодействие; пассивная подчиняемость — патологическая готовность к выполнению любого указания без осмысления; эхопраксия — нелепое повторение действий окружающих; эхомимия — нелепое повторение мимики окружающих; эхολалия — нелепое повторение речи окружающих; восковая гибкость — длительное сохранение больным приданной или возникшей позы, включая симптом “воздушной подушки”, симптом “капюшона”, симптом “эмбриональной позы”; вычурность и манерность позы и движений

5.7. Симптомы патологии сознания, самосознания и сна

Сознание — высший интегрирующий психический процесс опосредованного и обобщенного отражения объектов внешнего мира и их взаимосвязи, пространственно-временных категорий (сознание предметного мира), частей своего тела, их взаимосвязи, расположения своего тела в пространстве и осознание себя как личности с ее многообразными формами взаимоотношений с обществом (сознание собственного “Я”, самосознание). Сознание - следствие исторического развития общественного бытия человека. Благодаря сознанию человек осуществляет активную, осознанную деятельность. Под индивидуальным сознанием человека понимается такая способность, которая дает ему возможность выделить себя из среды, определить свое отношение к ней и соответственно к себе, организовать целенаправленную деятельность.

Г. К- Ушаков выделяет 5 этапов (периодов) формирования (развития) сознания: 1) бодрствующее сознание (до 1 года); 2) предметное сознание (от 1 года до 3 лет); 3) индивидуальное сознание (от 3 до 9 лет), 4) коллективное сознание (от 9 до 16 лет); 5) рефлексивное, высшее общественное, социальное сознание (от 16 до 22 лет). Этап бодрствующего сознания характеризуется первыми реакциями ребенка на внешний мир и изменения внутреннего состояния организма. Предметное сознание проявляется в известной активности отражения, т. е. в дифференцированном выборе отражаемых объектов. Индивидуальное сознание характеризуется выделением себя из объектов внешнего мира. Этап

развития коллективного сознания — формирование взаимоотношений между личностью и коллективом (семья, школа). Социальное сознание — это осознание своей социальной роли в обществе.

В структуру сознания входят: 1) важнейшие познавательные процессы (ощущения, восприятия, представления, запасы памяти, мышление, воображение); 2) способность различать субъект и объект (самосознание и сознание); 3) способность обеспечения целеполагающей деятельности

(волевой, целенаправленной критически оцениваемой); 4) отношение к реальной действительности, ее переживания (А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский).

Основными характеристиками сознания считают степень его ясности (уровень бодрствования), объем (широту охвата явлений окружающего мира и собственных переживаний), содержание (полноту, адекватность и критичность оценки используемых запасов памяти, мышления, эмоционального отношения) и непрерывность (способность осознания и оценки прошлого, настоящего и будущего) .

Еще Вундт (1862) выделил три взаимосвязанных уровня психической деятельности, признаваемые учеными и в настоящее время: 1) сознательный (осознаваемое актуальное содержание мыслей и переживаний); 2) подсознательный (содержание, переходящее в нужный момент на сознательный уровень); 3) бессознательный (инстинктивные механизмы и личное бессознательное — неосознаваемая мотивация аффективных и других общих реакций). По К. Ясперсу (1965), бессознательное понимают как автоматизированное, невоспоминаемое, но действительное; незамечанное, но пережитое, ненамеренное, но сделанное; как первоисточник действия (внезапные побуждения, мысль, представление), а так же как форму существования (инстинктивное и личное бессознательное в понимании З. Фрейда) и абсолютное бытие. З. Фрейд и его последователи в психической активности главную роль отводят бессознательному, отрицая или не придавая решающего значения активному сознанию.

Самосознание (“Я”, “образ Я”) включает самовосприятие, самопознание, самочувствие, самоконтроль, самоповедение человека. Развитие и изменение “Я” совершается непрерывно вместе с физическим и духовным развитием личности. Осознавая свое физическое и духовное “Я”, человек научается управлять своими психическими процессами. “Подобно тому как человек — организатор и преобразователь своей среды, — пишет А. А. Меграбян, — так и его самосознание — хозяин и организатор своего субъективного мира. Поэтому мы чувствуем, что наше “Я” — господин над желаниями, влечениями и обладает способностью выбора”.

“Я-концепция” — это совокупность всех представлений человека о себе, сопряженная с их оценкой (самооценкой). Установки, направленные на самого себя, составляют: 1) “образ Я” — представления о себе; 2) самооценку — эмоционально окрашенную оценку этих представлений; 3) поведенческая оценка, вызванная “образом Я” и самооценкой.

Физиологические варианты измененного сознания при утомлении, во сне, аффективное сужение сознания.

Утомление — состояние, возникающее при физической или умственной перегрузке, вынужденной бессоннице. Характерно снижение уровня бодрствования, четкости и чувственности живости восприятия окружающего (изменяется яркость, четкость, контрастность восприятия, появляются иллюзии), изменяется внимание (преобладает пассивное, снижается устойчивость и концентрация), ухудшается запоминание и воспроизведение, снижение силы и дифференцированности эмоций, темпа мышления, отмечается вялость, слабость, физическая разбитость. Исчезает после 2—3 дней отдыха.

Сон — циклически наступающее своеобразное физиологическое состояние с полным исключением сознания, при котором отсутствует чувственное и рациональное познание окружающего мира, моторные, речевые, эмоциональные и другие реакции на получаемые извне раздражители и появляющиеся только в случаях воздействия сильных раздражителей или сновидений. Появление сновидений свидетельствует о развитии так называемого парадоксального сна, характеризующегося нередко повышенной яркостью представлений, отражающих наиболее яркие переживания субъекта, реже воздействия внешних раздражителей, или же интероцептивную импульсацию, достигающую в состоянии сна коркового уровня.

Аффективно-суженное сознание (физиологический эффект) — кратковременная бурная эмоционально-двигательная реакция на личностное или эмоционально значимое воздействие, характеризующееся сужением объема сознания, концентрацией представлений на эффективной ситуации, наличием аффективно вызванных иллюзорных обманов восприятия, выраженными мимическими, иногда двигательными и вегетативными реакциями (аффект гнева, ярости, злобы, паники и др.).

5.7.1. Расстройства сознания. Для количественной и качественной патологии сознания (синдромов) характерны общие признаки (условно обозначенные нами как симптомы), описанные еще К. Ясперсом (1911):

1. Расстройства ориентировки во времени, ситуации, окружающих людей, собственной личности. Дезориентировка во времени — неспособность пациента определить текущее время — дату, день недели, месяц, год, время года; расположить события во времени, последовательно воспроизвести основные вехи собственной жизни. Встречается помимо синдромов патологии сознания при корсаковском синдроме. Дезориентировка в ситуации — неспособность правильно оценить конкретную ситуацию в отделении, на работе, в предложенной ролевой ситуации; оценки взаимоотношений людей, происходящих событий. Дезориентировка в месте — непонимание пациентом окружающей обстановки, где он находится, почему, что с ним происходит вокруг и т. п. Встречается при синдромах патологии сознания, патологии памяти, деменции. Дезориентировка в окружающих людях — не узнает окружающих людей, новых и старых знакомых, врачей, пациентов, родственников. Встречается при тех же синдромах. Дезориентировка в собственной личности — полная дезориентировка пациента, практически не осмысливает ни одного вопроса, речь окружающих является только звуковым раздражителем. Свидетельствует о грубом расстройстве сознания.
2. Отрешенность от действительности. Реальный мир, происходящие в нем события, изменения не привлекают внимания пациента, а если и оцениваются им, то лишь непоследовательно, фрагментарно. Погружение в мир галлюцинаторных и бредовых переживаний, сопровождающих ряд синдромов помрачения сознания (делирий, онейроид, сумеречное состояние сознания). Растерянность, где помимо вышеописанного, присутствует ярко выраженный аффект недоумения, речь вопрошающая, в поведении преобладает беспомощность, нерешительность. Возможность осознания и понимания явлений окружающей жизни ослаблена, а порой полностью утрачена. Отрешенность еще может встречаться при остро развивающихся бредовых синдромах.

3. Расстройства осмысления. Ассоциативный процесс, упрощается, затрудняется, особенно абстрактные, обобщающие, сравнительные операции логического мышления. Мышление становится непоследовательным, разрыхленным, аморфным, фрагментарным, достигая во многих синдромах бессвязности. Различная выраженность расстройств осмысления встречается при многих продуктивных и негативных синдромах.
4. Разнообразные конградные нарушения памяти. После выхода из состояния нарушенного сознания воспоминания всегда неполные, фрагментарные, непоследовательные, а в ряде синдромов отсутствуют полностью. Но расстройства памяти фрагментарного характера наблюдаются и в динамике синдромов помраченного сознания.

Перечисленные признаки расстройства сознания встречаются все вместе только при синдромах помрачения сознания.

5.7.2. Расстройства самосознания и самооценки. В широком смысле к самосознанию относят все содержание психической деятельности, ее развитие, отношение к внешнему миру, социальные связи. В таком широком понимании сознание личности изменяется при любом психическом заболевании (А. В. Снежневский, 1983).

Степень выраженности нарушений отдельных структурных компонентов самосознания может быть различной, в связи с чем в клинической практике можно наблюдать множество форм (симптомов!?) нарушения самосознания, проявляющихся в синдромах различной сложности.

Расстройства самосознания можно разделить на:

1. Нарушение самосознания активности (произвольности) — чувство затруднения, замедления, ослабления всей психической активности (мышления, чувств, моторики). Субъективно пациенты указывают на затруднения прежней психической активности, ухудшаются повседневные решения, действия, яркость чувств, внимание, речь и т. д. В зависимости от степени выраженности встречается от астенического до депрессивно-бредовых и от истощения психической деятельности до дисгармонии личности негативных синдромов.
2. Расстройство осознания единства (целостности, простоты) “Я” — затруднения до выраженных нарушений осознания себя как единого неразрывного целого. Возникает переживание утраты простоты, единства, целостности, “присущности Я”, появляется чувство раздвоенности, дивергенции, внутреннего распада, появления двух, трех несогласованных “Я”, нередко находящихся в постоянном противоречии, борьбе. Встречается при галлюцинаторно-бредовых, парафренных, негативных синдромах.
3. Нарушение осознания идентичности (постоянства) “Я” — потеря принадлежности своего “Я” самому себе, нет постоянства присущих личности отдельных свойств характера, мышления, эмоций, памяти и т. п. Встречается при аффективных, аффективно-бредовых, синдромах помрачения сознания.
4. Нарушение самосознания витальности — снижение или исчезновение чувства собственной жизненности, болезненная “психическая анестезия”,

потеря эмоционального резонанса. Наблюдается при депрессивных, депрессивно-бредовых синдромах.

5. Изменение границ самосознания — ослабление самосознания вплоть до полного исчезновения различия между “Я” и “не Я”, между миром внутренним и внешним. Встречается при синдромах психического автоматизма, парафренном, онейроиде, негативных синдромах.

6. Расстройство осознания непроницаемости “Я” сопровождается открытостью внутреннего мира, его “рассекречиванием”, доступностью для проникновения в личностную индивидуальность, открытостью и изменчивостью привычного “образа Я”, преимущественно в форме “отчуждения”, “нереальности”, “открытости” физических и психических актов. Встречается наиболее ярко при синдроме психического автоматизма, аффективно-бредовых, помрачения сознания.

7. Изменение стабильности “Я” во времени и пространстве проявляется расстройством осознания непрерывности и преемственности “Я” во времени и пространстве своего “Я” как в прошедшем, настоящем, так и в будущем времени, а также изменения “Я” в трехмерном пространстве. Характерно для синдромов психического автоматизма, парафренном, помрачении сознания.

Выделяют целый ряд расстройств самооценки.

Пониженная самооценка — значительное снижение практически всех параметров самооценки (самый плохой характер, самая плохая память, самое плохое мышление и т. д.). Наблюдается при депрессивных и депрессивно-бредовых синдромах.

Повышенная самооценка — завышение своих способностей, умений, знаний, привлекательности и т. д. равномерно распределенные. Встречается при маниакальных и маниакально-бредовых синдромах.

Диссоциированная (мозаичная) самооценка выражается в несоответствии одних параметров психических свойств “Я” и завышении других.

Парадоксальная самооценка представлена противоречивыми параметрами по близким психическим и физическим свойствам “образа Я”. Характерна негативным и некоторым бредовым синдромам.

“Продуктивная” самооценка включает в себя целый ряд параметров, обусловленных содержанием бредовых и галлюцинаторных переживаний.

Тотальное нарушение самооценки—полное нарушение осознания различных параметров своего физического и психического “Я”. Свойственно острым аффективно-бредовым синдромам, помрачению сознания, глубоким негативным синдромам.

Выделяют также конституциональную (врожденную) и приобретенную в результате заболевания нарушения самооценки.

5.7.3. Расстройства сна. Расстройства сна отнесены к патологии сознания чисто условно на основе циклического функционирования ритма бодрствование — сон.

Могут нарушаться все фазы и компоненты сна — засыпание, пробуждение, продолжительность, глубина сна, извращается ритм сна и бодрствования, изменяется содержание сновидений или сновидного ментизма.

Нарушения засыпания характеризуются длительным нарушением засыпания, сон наступает в середине ночи или под утро, сопровождается чувством дискомфорта, оживлением тревоги, галлюцинаторных или бредовых переживаний.

Расстройство пробуждения ото сна — кратковременное состояние после пробуждения, в котором впечатления и переживания во сне (сновидения) не отличимы от реальных и могут определить поведение пациента. Разновидностями являются просоночные состояния, когда пациент совершает автоматические неосознаваемые действия, часто опасные для себя и окружающих, воспоминания о которых не сохраняются, и катаплектоидные состояния, когда пациент, проснувшись и хорошо ориентируясь в пробуждении, в течение нескольких секунд (минут) не может открыть глаза, пошевелиться. Встречается при астенических невротических синдромах.

Утрата чувства сна (агнозия сна) — отсутствие ощущения сна, его продолжительности. Встречается при невротических и депрессивных состояниях.

Изменения продолжительности сна — сокращение или увеличение продолжительности сна.

Прерывистый сон — пробуждения по несколько раз в течение ночи, нередко с чувством тревоги, страха. Наблюдается при многих психопатологических синдромах.

Поверхностный сон — чуткий сон с затруднением засыпания, частыми пробуждениями от незначительных раздражителей; нечто среднее между сном и бодрствованием, так как нарушена глубина сна. Неглубокий сон часто сопровождается сновидениями. Характерен для астенических, невротических, аффективных и бредовых синдромов.

Извращение ритма сна и бодрствования — бодрствование ночью с повышенной сонливостью днем, когда пациенты предпочитают крепко спать.

Сновидения — яркие, образные, цветные или черно-белые, отличающиеся живостью и активностью представления (“видения”), “по живости красок не уступают действительности” (В. Х. Кандинский). Нередко сопровождаются эмоциональными и соматовегетативными реакциями, особенно у больных с невротическими синдромами. Могут определять содержание чувственного бреда, галлюцинаций, тревожных представлений, страха.

Сновидный ментизм — вместо сновидений (“видений”) у человека отмечается наплыв мыслей (размышлений). Может определять невротические и бредовые переживания.

Снохождения (сомнамбулизм, лунатизм) — совершение целого ряда чаще автоматизированных, последовательных действий в состоянии глубокого сна, когда больные не помнят о совершаемых поступках, если они не были в это время разбужены. Встречается при невротических состояниях.

6. Основные психопатологические синдромы

Синдром — комплекс симптомов. Психопатологический синдром — комплекс более или менее типичная совокупность внутренне (патогенетически) связанных между собой психопатологических симптомов, в особенностях клинических проявлениях которой находит свое выражение объем и глубина поражения психических функций, острота и массивность действия на мозг патогенной вредности.

Психопатологические синдромы — это клиническое выражение различных видов психической патологии, которые включают психические заболевания психотического (психозы) и непсихотического (неврозы, пограничные) типов, кратковременные реакции и стойкие психопатологические состояния.

6.1. Позитивные психопатологические синдромы

Единый взгляд на понятие позитивные, а соответственно и негативные, синдромы в настоящее время практически отсутствует. Позитивными считают синдромы, которые представляют собой качественно новые, отсутствующие в норме, симптомокомплексы (их еще называют патологические позитивные, “плюс” — расстройства, явления “раздражения”), свидетельствующие о прогрессировании психического заболевания, качественно меняющие психическую деятельность и поведение пациента.

6.1.1. Астенические синдромы. Астенический синдром — состояние нервно-психической слабости — наиболее распространенный в психиатрии, неврологии и общей медицине и в то же время простой синдром преимущественно количественных расстройств психики. Ведущее проявление — собственно психическая астения. Выделяют два основных варианта астенического синдрома — эмоционально-гиперестетическая слабость (гиперстенический и гипостенический).

При эмоционально-гиперестетической слабости легко и быстро возникают кратковременные эмоциональные реакции недовольства, раздражительности, гневливости по незначительным поводам (симптом “спички”), эмоциональная лабильность, слабодушие; больные капризны, мрачны, недовольны. Так же лабильны влечения: аппетит, жажда, пищевые привязанности, снижение либидо и потенции. Характерны гиперестезия к громкому звуку, яркому свету, прикосновению, запахам и т. п., нетерпимость и плохая переносимость ожидания. Сменяемые истощаемостью произвольного внимания и его концентрации, нарастает отвлекаемость, рассеянность, затрудняется сосредоточение, появляется снижение объема запоминания и активного воспоминания, что сочетается с затруднениями осмысления, скорости и оригинальности решения логических и профессиональных задач. Все это затрудняет и нервно-психическую работоспособность, появляется усталость, вялость, пассивность, стремление к отдыху.

Типично обилие сомато-вегетативных расстройств: головные боли, гипергидроз, акроцианоз, лабильность деятельности сердечно-сосудистой системы, нарушения сна, преимущественно поверхностный сон с обилием бытовых сновидений, частыми пробуждениями вплоть до устойчивой

бессонницы. Нередка зависимость сомато-вегетативных проявлений от метеорологических факторов, переутомления.

При гипостеническом варианте на первый план выступают преимущественно физическая астения, вялость, усталость, разбитость, быстрая утомляемость, пессимистическое настроение с падением работоспособности, повышенной сонливостью с отсутствием удовлетворения от сна и ощущением разбитости, тяжести в голове утром.

Астенический синдром встречается при соматических (инфекционных и неинфекционных) заболеваниях, интоксикациях, органических и эндогенных психических заболеваниях, неврозах. Он составляет сущность неврастения (астенический невроз), проделывая три этапа: гиперстенический, раздражительной слабости, гипостенический.

6.1.2. Аффективные синдромы. Синдромы аффективных расстройств весьма многообразны. В основе современной классификации аффективных синдромов лежат три параметра: собственно аффективный полюс (депрессивный, маниакальный, смешанный), структура синдрома (гармоничная — дисгармоничная; типичная — атипичная) и степень выраженности синдрома (непсихотическая, психотическая).

Типичные (гармоничные) синдромы включают равномерно депрессивную или маниакальную триады обязательных стгмптомов: патология эмоций (депрессия, мания), изменение течения ассоциативного процесса (замедление, ускорение) и двигательно-волевые расстройства /заторможенность (субступор) — расторможенность (возбуждение), гипобулия —гипербулия/. Основными (стержневыми) среди них — эмоциональные. Дополнительными симптомами выступают: пониженная или повышенная самооценка, нарушения самосознания, навязчивые, сверхценные или бредовые идеи, угнетение или усиление влечений, суицидальные мысли и действия при депрессии. В наиболее классическом виде встречаются эндогенные аффективные психозы и как признак эндогенности включают сомато-вегетативный симптомокомплекс В. П. Протопопова (артериальная гипертензия, тахикардия, запоры, миоз, гипергликемия, нарушение менструального цикла, изменение массы тела), суточные колебания аффекта (улучшение самочувствия во вторую половину дня), сезонность, периодичность и аутохтонность.

Для атипичных аффективных синдромов характерно преобладание факультативных симптомов (.тревога, страх, сенестопатий, фобий, obsессии, дереализация, деперсонализация, бред негалотимического характера, галлюцинации, кататонические симптомы) над основными аффективными синдромами. К смешанным аффективным синдромам относят такие расстройства, которые как бы внедряются-из противоположной триады (например, двигательное возбуждение при аффекте тоски — депрессивное возбуждение).

Различают также субаффектнвные.(субдепрессия, гипомании; они же непсихотические), классические аффективные и сложные аффективные-, расстройства (аффективно-бредовые: депрессивно- параноидные, депрессивно- галлюцинаторно- параноидцые, депрессивно-парафренные или маниакально-параноидные. маниакально- галлюцинаторно-параноидные, мацнакально-па-рафренные).

6.1.2.1. Депрессивные синдромы. Классический депрессивный синдром включает депрессивную триаду: выраженную тоску, подавленное мрачное настроение с оттенком витальности; интеллектуальную или моторную заторможенности. Безысходная тоска нередко переживается как душевная боль, сопровождается тягостными-ощущениями пустоты, тяжести в области сердца, средостения или эпигастральной области. Дополнительные симптомы — пессимистическая оценка настоящего, прошлого и будущего, достигающая степени галотимных сверхценных или бредовых идей виновности, самоунижения, самообвинения, греховности, пониженная самооценка, нарушения самосознания активности, витальности, простоты, идентичности, суицидальные мысли и действия, расстройства сна в виде бессонницы, агнозии сна, поверхностного сна с частыми пробуждениями.

Субдепрессивный (непсихотический) синдром представлен не ярко выраженной тоской с оттенком грусти, скуки, сплина, угнетенности, пессимизма. Другие основные составляющие включают гипобулию в виде вялости, утомленности, усталости и снижения продуктивности и замедления ассоциативного процесса в виде затруднения подбора слов, снижения психической активности, ухудшения памяти. Из дополнительных симптомов — навязчивые сомнения, заниженная самооценка, нарушения самосознания активности.

Классический депрессивный синдром характерен для эндогенных депрессий (маниакально-депрессивный психоз, шизофрения); субдепрессии при реактивных психозах, неврозах.

К атипичным депрессивным синдромам относятся субдепрессивные. относительно простые и сложные депрессии.

Среди субдепрессивных синдромов наиболее часто встречаются:

Астено-субдепрессивный синдром — пониженное настроение, сплин, грусть, скука, сочетающиеся с ощущением потери жизненного тонуса и активности. Преобладают симптомы физической и психической утомленности, истощаемости, слабость в сочетании с эмоциональной лабильностью, психической гиперестезией.

Адинамическая субдепрессия включает пониженное настроение с оттенком безразличия, гиподинамией, вялостью, отсутствием желания, чувством физического бессилия.

Анестетическая субдепрессия — пониженное настроение с изменением 'аффективного резонанса, исчезновением чувства близости, симпатии, антипатии, сопереживания и т.п. со снижением побуждений к деятельности и пессимистической оценкой настоящего и будущего.

Маскированные (лабированные, скрытые, соматизированные) депрессии (МД) - группа атипичных субдепрессивных синдромов в которой на первый план выступают факультативные симптомы (сенестопатии, алгии, парестезии, найязчивости, вегетативно- виснеральные, наркоманические, сексуальные расстройства), а собственно аффективные (субдепрессивные проявления стертые, невыразительны, выступают на втором плане. Структура и выраженность факультативных симптомов определяют различные варианты МД (Десятников В. Ф., Носачев Г. Н., Куколева И. И., Павлова И. И., 1976).

Выделены следующие варианты МД: 1) алгическо- сенестопатический (кардиалгический, цефалгический, абдоминальный, артралгический, паналгический); агрипнический, вегетативно- висцеральный, обсессивно- фобический, психопатоподобный, наркоманический, варианты МД с нарушениями сексуальной сферы.

Алгическо- сенестопатические варианты МД. Факультативные симптомы представлены разнообразными сенестопатиями, парестезиями, алгиями в области сердца (кардиалгический), в области головы (цефалгический), в эпигастральной области (абдоминальный), в области суставов (артралгический), многообразные “гуляющие” (паналгический). Они составляли основное содержание жалоб и переживаний пациентов, а субдепрессивные проявления оцениваются как вторичные, несущественные.

Агрипнический вариант МД представлен выраженными нарушениями сна: затруднения засыпания, поверхностный сон, раннее пробуждение, отсутствием чувства отдыха от сна и т. п., испытывая при этом разбитость, снижение настроения, вялость.

Вегетативно-висцеральный вариант МД включает тягостные многообразные проявления вегетативно-висцеральных расстройств: лабильность пульса, повышение АД, дипноэ, тахипноэ, гипергидроз, чувство озноба или жара, субфебрильную температуру, дизурические нарушения, ложные позывы на дефекацию, метеоризм и т. п. По структуре и характеру они напоминают диэнцефальные или гипоталамические пароксизмы, эпизоды бронхиальной астмы или вазомоторных аллергических расстройств.

Психопатоподобный вариант представлен нарушениями поведения, чаще всего в подростковом и юношеском возрасте: периоды лени, сплина, уходы из дома, периоды непослушания и др.

Наркоманический вариант МД проявляется эпизодами алкогольного или наркотического опьянения с субдепрессией без отчетливой связи с внешними причинами и поводами и без признаков алкоголизма или наркомании.

Вариант МД с нарушениями в сексуальной сфере (периодическая и сезонная импотенция или фригидность) на фоне субдепрессии.

Диагностика МД представляет значительные трудности, так как жалобы представлены лишь факультативными симптомами, и только специальный расспрос позволяет выявить ведущие и обязательные симптомы, но и они нередко оцениваются как вторичные личностные реакции на болезнь. Но для всех вариантов МД характерны обязательное наличие в клинической картине помимо сомато-вегетативных проявлений, сенестопатий, парестезий, алгий аффективных нарушений в виде субдепрессии; признаки эндогенности (суточные гипотимические расстройства как ведущих и обязательных симптомов, так и (факультативных; периодичность, сезонность, аутохтонность возникновения, повторяемость МД, отчетливые сомато-вегетативные составляющие депрессии), отсутствие эффекта от соматической терапии и успешность лечения антидепрессантами.

Субдепрессивные расстройства встречаются при неврозах, циклотимии, циклофрении, шизофрении, инволюционных и реактивных депрессиях, органических заболеваниях головного мозга.

К простым депрессиям относятся:

Адинамнческая депрессия — сочетание тоски со слабостью, вялостью, бессилием, отсутствием побуждений и желаний.

Анестетическая депрессия — преобладание психической анестезии, болезненного бесчувствия с мучительным их переживанием.

Слезливая депрессия — подавленное настроение со слезливостью, слабодушием и астенией.

Тревожная депрессия, в которой на фоне тоски преобладают тревога с навязчивыми сомнениями, опасениями,, идеями отношения.

Сложные депрессии — сочетание депрессии с симптомами других психопатологических синдромов.

Депрессия с бредом громадности (синдром Котаря) — совмещение тоскливой депрессии с нигилистическим бредом мегаломанического фантастического содержания и бредом самообвинения, виновности в тяжелых преступлениях, ожиданием страшного наказания и жестоких казней.

Депрессия с бредом преследования и отравления (депрессивно-параноидный синдром) характеризуется картиной тоскливой или тревожной депрессии в сочетании с бредом преследования и отравления.

Депрессивно-параноидные_мндромы, помимо вышеописанного, включают депрессивно-галлюцинаторно-параноидный, депрессивно-парафренный. При первом в сочетании с тоскливой, реже тревожной депрессией находятся вербальные истинные или псевдогаллюцинации обвиняющего, осуждающего и хулительного содержания с явлениями психического автоматизма, бредом преследования и воздейств.ия. Депрессивно-парафренный, кроме перечисленных симптомов, включает мегаломанические бредовые идеи нигилистического, космического и апоплектического содержания вплоть до депрессивного онейроида.

Характерны для аффективных психозов, шизофрении, психогений, органических и инфекционных психических заболеваний.

6.1.2.2. Маниакальные синдромы. Классический маниакальный синдром включает выраженную манию с ощущением безмерного счастья, радости, восторга, экстаза (обязательная симптоматика — маниакальная гипербулия с множеством планов, крайней их неустойчивостью, значительной отвлекаемостью, что обусловлено нарушением продуктивности мышления, ускорением его темпа, “скачкой” идей”, непоследовательностью логических операций, и повышенная двигательная активность, принимаются за массу дел, не доводя ни одного из них до конца, многоречивы, говорят без умолку. Дополнительные симптомы — переоценка качеств своей личности, достигающих неустойчивых голотимических идей величия, расторможенности и повышения влечений.

Гипоманиакальный (непсихотический) синдром включает уверенно выраженное повышение настроения с преобладанием чувства радости бытия, веселья, жизнерадостности; с субъективным ощущением творческого подъема и повышенной продуктивности, некоторого ускорения темпа мышления, с достаточно продуктивной деятельностью, хотя и с элементами отвлечения, поведение грубо не страдает,

Атипичные маниакальные синдромы. Непродуктивная мания включает повышенное настроение, но не сопровождается стремлением к деятельности, хотя и может сопровождаться небольшим ускорением ассоциативного процесса.

Гневливая мания характеризуется повышенным настроением с несдержанностью, раздражительностью, придирчивостью с переходом в гневливость; непоследовательность мышления и деятельности.

Сложные мании — сочетание мании с другими неаффективными синдромами, преимущественно бредовыми. К структуре маниакального синдрома присоединяются бредовые идеи преследования, отношения, отравления (маниакально-параноидный), вербальные истинные и псевдогаллюцинации, явления психического автоматизма с бредом воздействия (маниакально-галлюцинаторно-параноидный), фантастическим бредом и бредом величия — (маниакально-парафренный) вплоть до онейроида.

Маниакальные синдромы наблюдаются при циклофрении, шизофрении, эпилепсии, симптоматических, интоксикационных и органических психозах.

6.1.2.3. Смешанные аффективные синдромы. Ажитированная депрессия характеризуется тревожным аффектом в сочетании с суетливым беспокойством и бредовыми идеями осуждения, самообвинения. Суетливое беспокойство может смениться двигательным возбуждением вплоть до депрессивного раптуса с усилением суицидальной опасности.

Дисфорическая депрессия, когда чувство тоски, неудовольствия сменяется раздражительностью, брюзжанием, распространяющихся на все вокруг и на свое самочувствие, вспышками ярости, агрессии против окружающих и аутоагрессии.

Маниакальный ступор возникает на высоте маниакального возбуждения или смене депрессивной фазы на маниакальную, когда нарастающая мания сопровождается (или сменяется) сохраняющейся двигательной и интеллектуальной заторможенностью.

Встречаются при эндогенных психозах, инфекционных, соматогенных, интоксикационных и органических психических заболеваниях.

6.1.3. Невротические синдромы. Следует различать собственно невротические синдромы и невротический уровень расстройств. Невротический уровень расстройства пограничные нервно-психические расстройства), по мнению большинства отечественных психиатров, включает, кроме того, астенические синдромы, непсихотические аффективные расстройства (субдепрессии, гипомании).

К собственно невротическим синдромам относят обсессивный (обсессивно-фобический, синдром навязчивых состояний), сенестопатический и ипохондрический, истерические синдромы, а также деперсонализационно-дереализационный синдромы, синдромы сверхценных идей.

6.1.3.1. Синдромы навязчивых состояний. Чаще всего выделяют обсессивный и фобический синдромы.

6.1.3.1.1. Обсессивный синдром включает как основные симптомы навязчивые сомнения, воспоминания, представления, навязчивое чувство антипатии (хульные и кощунственные мысли), “умственная жвачка”, навязчивые влечения и связанные с ними двигательные ритуалы. К дополнительным симптомам относятся эмоциональное напряжение, состояние душевного дискомфорта, бессилия и беспомощности в борьбе с обсессиями. В “чистом” виде аффективно нейтральные обсессии встречаются редко и представлены навязчивым мудрствованием, счетом, навязчивым припоминанием забытых терминов, формул, номеров телефонов и т. п.

Встречается обсессивный синдром (без фобий) при психопатиях, вялотекущей шизофрении, органических заболеваниях головного мозга.

6.1.3.1.2. Фобический синдром представлен преимущественно разнообразными навязчивыми страхами. Могут возникать самые необычные и бессмысленные страхи, но чаще всего в начале болезни наблюдается отчетливая монофобия, которая постепенно обрастает “как снежный ком” все новыми и новыми фобиями. Например, к кардиофобии присоединяются агарофобия, клаустрофобия, танатофобия, фобофобия и т. д. Социофобии достаточно долго могут быть изолированными.

Наиболее часты и многообразны нозофобии: кардиофобия, канцерофобия, СПИДофобия, алиенофобия и пр. Фобии сопровождаются многочисленными сомато-вегетативными расстройствами: тахикардия, повышение АД, гипергидроз, стойкий красный дермографизм, перистальтика и антиперистальтика, поносы, рвота и т. п. Очень быстро присоединяются двигательные ритуалы, в ряде случаев превращаясь в дополнительные навязчивые действия, совершаемые против желания и воли больного, а ритуалом становятся отвлеченные навязчивости.

Фобический синдром встречается при всех формах неврозов, шизофрении, органических заболеваниях головного мозга.

6.1.3.2. Сенестопатически-ипохондрические синдромы. Включают ряд вариантов: от “чистых” сенестопатического и ипохондрического синдромов до сенестопатоза. Для невротического уровня синдрома ипохондрическая составляющая может быть представлена только -сверхценными идеями или навязчивостями.

На начальном этапе развития синдрома возникают многочисленные сенестопатии в различных частях тела, сопровождающиеся матовой депримированностью, тревогой, легким беспокойством. Постепенно возникает и формируется на основе сенестопатий монотематическая сверхценная идея ипохондрического содержания. Опираясь на неприятные, тягостные, крайне мучительные ощущения и имеющийся опыт общения, диагностики и лечения, у медработников развивается суждение: использующие сенестопатии и реальные обстоятельства для объяснения и формирования патологической “концепции болезни”, занимающей значительное место в переживаниях и поведении пациента и дезорганизирующих психическую деятельность.

Место сверхценных идей могут занимать навязчивые сомнения, опасения, касающиеся сенестопатии, с быстрым присоединением навязчивых страхов и ритуалов.

Встречаются при разных формах невротозов, вялотекущей шизофрении, органических заболеваниях головного мозга. При ипохондрическом развитии личности, вялотекущей шизофрении сенестопатические расстройства с ипохондрическими сверхценными идеями постепенно трансформируются в паранояльный (бредовый) синдром.

Сенестопатоз- наиболее простой синдром, представленный однообразными сенестопатиями, сопровождающиеся вегетативными расстройствами и ипохондрической фиксацией внимания на сенестопатиях. Встречается при органических поражениях таламо-гипоталамической области головного мозга.

6.1.3.3. Деперсонализационно-дереализационные синдромы. Наиболее нечетко выделенные в общей психопатологии. Симптомы и отчасти синдромы нарушения самосознания описаны в главе 4.7.2. Обычно выделяют следующие варианты деперсонализации: аллопсихическую, аутопсихическую, соматопсихическую, телесную, анестетическую, бредовую. Две последние не могут быть отнесены к невротическому уровню расстройств.

6.1.3.3.1. Синдром деперсонализации на невротическом уровне включает нарушения самосознания активности, единства и постоянства “Я”, легкие размывания границ существования (аллопсихическая деперсонализация). В дальнейшем усложняется размывание границ самосознания, непроницаемости “Я” (аутопсихическая деперсонализация) и витальности (соматопсихическая деперсонализация). Но никогда не наблюдается грубых изменений границ самосознания, отчуждения “Я” и стабильности “Я” во времени и пространстве. Встречается в структуре невротозов, расстройств личности, невротоподобной шизофрении, циклотимии, резидуально-органических заболеваний головного мозга.

6.1.3.3.2. Синдром дереализации включает как ведущий симптом искаженное восприятие окружающего мира, окружающая обстановка воспринимается больными как “призрачное”, неясное, неотчетливое, “как в тумане”, бесцветное, застывшее безжизненное, декоративное, нереальное. Могут наблюдаться и отдельные метаморфозы (нарушения восприятия отдельных параметров объектов — формы, величины, цвета, количества, взаимного расположения и т. д.).

Обычно сопровождается разными симптомами нарушения самосознания, субдепрессией, растерянностью, страхом. Чаще всего встречается при органических заболеваниях головного мозга, в рамках эпилептических пароксизмах, при интоксикациях.

К дереализации также относят: “уже пережитое” “уже виденное”, “никогда не виденное”, “никогда не слышанное”. Встречаются преимущественно при эпилепсии, резидуально-органических заболеваниях головного мозга, некоторых интоксикациях.

6.1.3.4. Истерические синдромы. Группа функциональных полиморфных и крайне вариабельных симптомов и синдромов расстройств психики, моторики, чувствительности, речи и соматовегетатики. К истерическим расстройствам относится также психотический уровень нарушений: аффективные (истерические) сумеречные состояния сознания, амбулаторные автоматизмы (трансы, синдром Ганзера, псевдодеменция, пуэрилизм (см. раздел 5,1.6.3.1.1.)).

Общими для истерической симптоматики являются эгоцентризм, четкая связь с психотравмирующей ситуацией и степень ее личностной значимости, демонстративность, внешняя нарочитость, большая внушаемость и самовнушаемость больных (“великая симулянтка” других заболеваний и синдромов), возможность извлечь внешнюю или “внутреннюю” пользу из своего болезненного состояния, плохо осознаваемая или вообще неосознаваемая больным (“бегство в болезнь”, “желательность или условная приятность” проявлений болезни).

Психические расстройства: выраженная астения с физической и психической утомляемостью, фобии, субдепрессии, амнезии, ипохондрические переживания, патологическая лживость и фантазии, эмоциональная лабильность, слабодушие, сензитивность, впечатлительность, демонстративность, суицидальные высказывания и демонстративные приготовления к самоубийству.

Двигательные нарушения: классический большой истерический припадок (“моторная буря”, “истерическая дуга”, клоунада и пр.), истерические парезы и параличи, как спастические, так и вялые; паралич голосовых связок (афония), ступор, контрактуры (тризм, кривошея-тортиколлис, косоглазие, контрактуры суставов, сгибание туловища под углом — каптокормия); гиперкинезы, профессиональные дискинезии, астазия-абазия, истерический комок в горле, нарушения глотания и др.

Расстройства чувствительности: разнообразные парестезии, снижение чувствительности и анестезии по типу “перчатки”, “чулки”, “трусов”, “курток” ит.п.; болезненные ощущения (боли), выпадение функции органов чувств — амавроз (слепота), гемианопсия, скотомы, глухота, потеря обоняния, вкуса.

Речевые расстройства: заикание, дизартрия, афония, мутизм (иногда сурдомутизм), афазия.

Сомато-вегетативные нарушения занимают наибольшее место в истерических расстройствах и наиболее многообразны. Среди них — спазмы гладкой мускулатуры в виде нехватки воздуха, что порой симулирует астму, дисфагия (нарушения, прохождения пищевода), парезы желудочно-кишечного тракта, симулирующие кишечную непроходимость, запоры, задержки мочеиспускания. Встречаются рвота, икота, срыгивание, тошнота, анорексия, метеоризм. Нередки расстройства сердечно-сосудистой системы: лабильность пульса, колебания АД, гиперемия или бледность кожных покровов, акроцианоз, головокружения, обмороки, болезненные ощущения в области сердца, симулирующие сердечные заболевания.

Иногда встречаются викарные кровотечения (из неповрежденных участков кожи, маточные и горловые кровотечения), нарушения половых функций, ложная беременность. Как правило, истерические расстройства обусловлены психогенными заболеваниями, но встречаются и при шизофрении, органических заболеваниях головного мозга.

6.1.3.5. Аноректический синдром (синдром “нервной анорексии”)

Характеризуется прогрессирующим ограничением себя в еде, избирательном употреблении еды пациентом в сочетании с мало вразумительными доводами о необходимости “похудеть”, “сжечь жир”, “исправить фигуру”. Реже встречается булимический вариант синдрома, когда пациенты поглощают много пищи, затем вызывают рвоту. Часто сочетается с дисморфоманическим

синдромом. Встречается при невротических состояниях, шизофрении, эндокринных заболеваниях.

Близко к данной группе синдромов стоят психопатические синдромы, которые могут включать как позитивную, так и негативную симптоматику (см. раздел 5.2.4.).

6.1.3.6. Гебоидный синдром. В качестве стержневых расстройств при данном синдроме рассматривают нарушения влечений в виде болезненного усиления и особенно извращения их. Наблюдается утрирование и извращение аффективно-личностных особенностей, характерных для юношеского возраста, появляются преувеличенно оппозиционные тенденции, негативизм, агрессивные проявления, происходит утрата, или послабление, или замедленность развития высших нравственных установок (понятий добра и зла, дозволенного и недозволенного и др.), наблюдаются сексуальные перверсии, тенденции к бродяжничеству, к употреблению алкоголя, наркотиков. Встречается при психопатиях, шизофрении.

Синдром бредоподобных фантазий — нестойкие, изменчивые, внешне похожие на бред, рассуждения с фантастическим содержанием. Близок к некоторым психопатическим личностям, склонным к мечтаниям и “грезам наяву”.

6.1.3.7. Синдромы сверхценных идей. Группа синдромов, которые характеризуются суждениями, возникшими вследствие реальных обстоятельств и на основе действительных фактов, приобретающие в сознании ведущее патологическое монотематическое одностороннее, аффективно-насыщенное мнение пациента, не носящие искаженного, нелепого содержания, не захватывающего всего мировоззрения больного. Могут быть самостоятельным синдромом, входят в структуру других более сложных психопатологических синдромов. По содержанию они могут быть ипохондрическими, изобретательства, ревности, реформаторства, кверулянтского и др. Встречаются при психопатиях, реактивных заболеваниях, шизофрении, органических психических заболеваниях.

6.1.3.7.1. Синдром дисморфофобии и дисморфомании — болезненная озабоченность своими физическими особенностями, которые представляются как крайне неприятные для окружающих и потому создающие неприязненное отношение к пациенту. Чаще всего недостатки видятся у себя на лице, реже фигуре. Преимущественно встречаются в подростковом возрасте при шизофрении, неврозах, реактивных состояниях.

6.1.3.7.2. Синдром “метафизической” (философической интоксикации) — однообразно абстрактная интеллектуальная активность, направленная на самостоятельное решение путем обдумывания и “решения” “вечных проблем” — о смысле жизни, о предназначении человечества, об искоренении войн, поиска философских, религиозных и мировоззренческих систем. Может включать идеи изобретательства, самосовершенствования, всякого рода интеллектуальные и эстетические увлечения.

Близко к ним стоит синдром патологических увлечений (“патологическое хобби”). В отличие от предшествующего синдрома, здесь наблюдаются не столько мечтания, фантазия и размышления, сколько активная деятельность, которая характеризуется интенсивностью одержимости, необычности, вычурности и непродуктивности увлечений. Встречаются при неврозах, шизофрении.

6.1.4. Галлюцинаторно-бредовые синдромы. Группа синдромов, включающая в качестве ведущих симптомов различные по содержанию бредовые идеи и разные виды галлюцинаций, иллюзий, сенестопатий.

6.1.4.1. Паранояльный синдром. Первичный систематизированный бред (преследования, изобретательства, ревности, ипохондрический и др.) с обстоятельностью мышления и стеничностью аффекта, развивающийся при неизменном сознании. Помимо указанных бредовых идей реже встречается монотематический бред реформаторства, эротический, высокого происхождения, сутяжный (кверулянтский).

В зависимости от течения различают острый и хронический паранояльный синдромы.

6.1.4.1.1. Острый паранояльный синдром возникает при заболеваниях в форме приступа. Характеризуется “озарением”, внезапной мыслью, формирующей интерпретативный бред, систематизация которого происходит лишь в общих чертах без отработанной детализации. Сопровождается аффективными расстройствами (тревога, страх, экстаз), растерянностью.

6.1.4.1.2. Хронический паранояльный синдром характеризуется последовательным развитием фабулы бреда, его расширением, систематизацией и нередко ярко выраженной детализацией и “кривой логикой”. Развернутый синдром сочетается с повышенной активностью (открытой борьбой за свои идеи) и легкими аффективными расстройствами.

Встречается при шизофрении, психопатиях, органических психических заболеваниях головного мозга, инволюционных психозах.

6.1.4.2. Галлюцинозы. Группа синдромов, преимущественно исчерпываемые обильными галлюцинациями чаще всего одного вида, иногда вторичными бредовыми идеями и не сопровождаются помрачением сознания. Различают варианты синдрома по виду галлюцинаций — вербальный, зрительный, тактильный, обонятельный; по динамике возникновения — острый и хронический.

6.1.4.2.1. Вербальный галлюциноз — наплыв вербальных (словесных) галлюцинаций или псевдогаллюцинаций в виде монолога (моновокальный галлюциноз), диалога, множественных “голосов” (поливокальный галлюциноз) различного содержания (угрожающего, повелительного, бранящего и др.), сопровождающиеся страхом, тревогой, двигательным беспокойством, нередко образным бредом. При слуховом псевдогаллюцинозе “голоса” “умственные”, “мыслительные”, “сделанные”, локализуются в голове, или слышатся из космоса, других городов и стран. Встречается при метаалкогольных психозах, шизофрении, органических психических заболеваниях головного мозга.

6.1.4.2.2. Зрительный галлюциноз характеризуется наплывом ярких, подвижных, множественных сценподобных зрительных галлюцинаций. Выделяют несколько вариантов зрительного галлюциноза. Зрительный галлюциноз Лермитта (педункулярный галлюциноз), возникающий при патологическом процессе в ножках среднего мозга, характеризуется подвижными, множественными, лилипутными, одушевленными зрительными галлюцинациями и сопровождается аффектом удивления и интереса при критической их оценке. Зрительный галлюциноз Бонне, наблюдающийся при утрате зрения или в глубокой старости, развивается остро из плоскостных,

подвижных, множественных зрительных галлюцинаций. Зрительный галлюциноз Ван-Богарта возникает в подостром периоде энцефалита и характеризуется множественными, цветными, подвижными, зооптическими галлюцинациями.

6.1.4.2.3. Тактильный галлюциноз (дерматозойдный бред Экбома) характеризуется ощущением присутствия и перемещения по различным участкам тела, поверхности кожи, под кожей мелких живых существ (насекомых, червей, букашек и др.). Галлюциноз обычно сочетается с бредом одержимости кожными паразитами, реже нигилистическим бредом.

6.1.4.2.4. Обонятельный галлюциноз — довольно редкий самостоятельный синдром, где ведущее место занимают обонятельные галлюцинации в виде запаха гнили, фекалий, исходящей чаще всего от тела самого пациента. Сопровождается ипохондрическими и парфюмерными дисморфоманическими сверхценными или бредовыми идеями.

Галлюцинозы встречаются при соматических, инфекционных, интоксикационных психозах, шизофрении.

6.1.4.3. Параноидный синдром. Сочетание интерпретативного или интерпретативно-образного персекуторного бреда (бред преследования, отношения, отравления, слежки, ущерба и т.п.) с патологией восприятия (галлюцинации, иллюзии) и ощущений (сенестопатии).

Различают острое, подострое и хроническое течение синдрома.

Многие психиатры идентифицируют параноидный синдром с синдромом психического автоматизма. Действительно, при ряде психических заболеваний (например, при шизофрении) параноидный синдром и синдром психического автоматизма сливаются, включая в первый псевдогаллюцинации, явления психического автоматизма. Однако есть целая группа заболеваний, например, психогенный параноид, дорожный параноид, индуцированный параноид, где полностью отсутствуют симптомы психического автоматизма.

6.1.4.4. Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо (синдром внешнего воздействия, синдром отчуждения)

Включает явления отчуждения, утраты, навязанности, сделанности психических процессов с ярко выраженными нарушениями самосознания простоты, идентичности, постоянства, непроницаемости “Я”, сопровождающиеся бредом психического и физического воздействия и преследования. Выделяют три вида психического автоматизма: ассоциативный (идеаторный, идеовербальный); сенсорный (сенестопатический, чувственный); двигательный (моторный, кинестетический).

6.1.4.4.1. Ассоциативный автоматизм включает непроизвольный наплыв мыслей (ментизм), обрыв мысли (шперрунг), “параллельные”, “пересекающие”, “навязчивые” мысли; симптом открытости мысли, когда мысли и чувства пациента каким-то образом становятся известными окружающим; симптом “эхо-мысли”, когда окружающие, по мнению больного, произносят, повторяют вслух его мысли. При усложнении варианта присоединяются “умственные разговоры”, “телепатическое мысленное общение”, “передача мысли”, “беззвучные переговоры”, сопровождающиеся

тревогой, депрессивным аффектом. Может наблюдаться транзитивизм — убеждение, что не только они слышат внутренние “голоса”, ощущают воздействие.

6.1.4.4.2. Сенсорный автоматизм характеризуется сенестопатиями с компонентом сделанности, навязанности, вызванности, воздействием на ощущения, внутренние органы, физиологические отправления. Больные сообщают об ощущениях сдавливания, стягивания, перекручивания, жжение, холод, жар, боли и т. п.; воздействие на физиологические отправления: вызывают перистальтику и антиперистальтику, тахикардию, половое возбуждение, мочеиспускание, поднимают давление и т. п.

6.1.4.4.3. Двигательный (кинестетический) автоматизм проявляется отчуждением движений и действий. Пациенты убеждены, что все совершаемые ими движения и действия насильственно вызываются у них воздействием со стороны. Из-за неестественности, чуждости их двигательных актов они называют себя “роботами”, “марионетками”, “управляемыми куклами”. Возникает ощущение движения в губах, языке, горле при звучании и возникновении мыслей, вплоть до настоящих артикуляционных движений, насильственного говорения (рече-двигательные галлюцинации Сегле).

Наличие явлений психического автоматизма во всех сферах психической деятельности (ассоциативный, сенсорный, кинестетический автоматизм) позволяет говорить о развернутом синдроме психического автоматизма Кандинского-Клерамбо.

6.1.4.4.4. Выделяют также бредовый и галлюцинаторный варианты синдрома психического автоматизма. При бредовом варианте ведущее место занимает бред физического, гипнотического или телепатического воздействия, овладения, преследования в сочетании с фрагментами всех видов автоматизмов. При галлюцинаторном варианте преобладают слуховые истинные, а позже псевдогаллюцинации с бредом воздействия, преследования и фрагментами других симптомов психического автоматизма.

По динамике выделяют острый и хронический вариант синдрома. При остром развитии синдрома представлен по существу остро возникший аффективно-галлюцинаторно-бредовый синдром, который характеризовался ярко выраженными аффективными нарушениями (страх, тревога, депрессия, мания, растерянность) бесчувственным бредом воздействия, преследования, инсценировки, вербальными галлюцинациями, яркими чувственными автоматизмами. Могут сопровождаться такими факультативными симптомами, как кататонические (возбуждение или ступор).

6.1.4.4.5. Синдром Капгра. Ведущий симптом — нарушение узнавания людей. Больной не узнает своих родственников, знакомых, говорит о них как о подставных людях, близнецах, двойниках (симптом отрицательного двойника). В других случаях, наоборот, незнакомые лица воспринимаются как хорошо знакомые (симптом положительного двойника). Характерен симптом Фреголи, когда “преследователи” постоянно меняют свою внешность, чтобы оставаться неузнанными. Синдром Капгра включает также бредовые идеи преследования, воздействия, феномены “уже виденного”, “никогда не видимого”, с явлениями психического автоматизма.

6.1.4.5. Парафренный синдром. Самый сложный бредовый синдром, включающий ведущие симптомы фантастический, конфабуляторный бред величия, а также может иметь бред преследования и воздействия, явления

психического автоматизма, галлюцинации. Данный синдром является при ряде заболеваний исходным этапом хронического бредообразования.

Различают по течению острую и хроническую парафрению. При остром или подостром развитии парафренного синдрома ведущее место занимают чувственные, нестойкие, фантастические бредовые идеи величия, реформаторства, высокого происхождения, вербальные и зрительные псевдогаллюцинации, конфабуляции и ярко выраженные колебания аффекта от тревожно-тоскливого до экстатически-эйфорического. Дополнительные симптомы, свидетельствующие об остроте развития синдрома, состоят из бреда интерметаморфозы, ложных узнаваний, бреда особого значения. Встречается при приступообразной шизофрении, инфекционных и интоксикационных психозах.

Для хронической парафрении характерны стабильные, монотонные бредовые идеи величия, бедность и монотонность аффекта и малоактуальные симптомы предыдущих бредовых синдромов, в первую очередь галлюцинаторно-бредового.

6.1.4.5.1. Варианты парафренного синдрома . Еще Э. Крепелин (1913) различал парафрению на систематизированную, экспансивную, конфабуляторную и фантастическую. В настоящее время принято выделять систематизированную, несистематизированную, галлюцинаторную и конфабуляторную парафрению.

Систематизированная парафрения включает в систематизированном виде бредовые идеи преследования, антагонистический бред и бред величия.

Несистематизированная парафрения наблюдается при остром развитии синдрома.

Галлюцинаторная парафрения характеризуется наплывом вербальных истинных галлюцинаций или псевдогаллюцинаций восхваляющего, возвеличивающего и антагонистического содержания, которые определяют содержание бреда величия, реже преследования.

Конфабуляторная парафрения представлена в качестве ведущих симптомов конфабуляциями, сочетающихся с симптомом разматывания воспоминаний, определяющих бред величия, высокого происхождения, реформаторства, богатства.

6.1.4.5.2. Синдром Котара . Для него характерен нигилистически-ипохондрический бред в сочетании с идеями громадности. Больные высказывают идеи ущерба, гибели мира, смерти, самообвинения, нередко крупномасштабного содержания. Все эти симптомы сочетаются с тревожно-депрессивным или депрессивным синдромом (см. раздел 5.1.2.1.).

Встречаются при среднепрогредиентной непрерывной шизофрении, инволюционных психозах.

6.1.5. Люцидные кататонические синдромы. Под люцидными кататоническими синдромами понимаются расстройства двигательной сферы на фоне формально неизмененного сознания, имеющие форму ступора или

возбуждения без наличия патологии в других сферах психической деятельности.

Психомоторное возбуждение и ступор могут входить облигатными и вспомогательными симптомами во многие психопатологические синдромы (маниакальный, депрессивный, бредовый, галлюцинаторный ступор, или маниакальное, депрессивное, бредовое, галлюцинаторное возбуждение, при синдромах помрачения сознания).

6.1.5.1. Кататонический ступор. Основные симптомы — гипокинезия, паракинезия. Наиболее частые и первые симптомы — двигательная заторможенность от вялости, пассивности (субступор) вплоть до полной обездвиженности, гипо- и амимии с маскообразностью лица, мутизмом. Паракинезии обычно представлены активным и (или) пассивным негативизмом, вычурностью и манерностью поз, повышением мышечного тонуса (катаlepsия, включающая симптомы “воздушной подушки”, “восковой гибкости”, “хоботка”, “эмбриональной позы” “капюшона” и др.), пассивную подчиняемость. Обязательными также являются нейро-вегетативные расстройства: сальность кожных покровов с вульгарными угрями, акроцианоз и цианоз кончиков ушей и носа, реже рук, бледность кожных покровов, тахикардия, колебания АД, чаще в сторону гипотонии, снижение болевой чувствительности вплоть до анестезии, сухожильная гиперрефлексия, снижение кожных и слизистых рефлексов, тошнота, рвота, анорексия вплоть до полного отказа от пищи с кахексией. Факультативные симптомы могут быть представлены отрывочными бредовыми идеями, галлюцинациями, сохранившимися от предыдущих этапов течения болезни, например при непрерывнотекущей, приступообразной шизофрении.

По характеру выраженности паракинезий выделяют несколько вариантов кататонического ступора, порой выступающих этапами развития ступора.

“Вялый” ступор — гипокинезия, представленная вялостью, пассивностью, не достигающими выраженной или полной обездвиженности (субступора). Из паракинезий отмечаются пассивный негативизм и пассивная подчиняемость.

Ступор с восковой гибкостью проявляется общей двигательной заторможенностью вплоть до полной обездвиженности. Из паракинезий — выраженный пассивный негативизм с элементами и эпизодами активного негативизма, отчетливо выражена восковая гибкость с манерностью ” вычурностью, значительным повышением мышечного тонуса.

Ступор с оцепенением — стойкая, полная обездвиженность с отчетливо выраженным активным негативизмом с полным отказом от пищи, задержкой мочеиспускания и дефекации. Резко повышается мышечный тонус, при котором преобладает напряжение в сгибателях, что сопровождается обилием паракинезий.

6.1.5.2. Кататоническое возбуждение. Включает—как ведущие симптомы — кататонические гиперкинезии и паракинезии. Гиперкинезии представлены хаотическим, разрушительным, импульсивным психомоторным возбуждением. Паракинезий включают эхопраксии, эхололии, двигательные и речевые стереотипии, вычурность, манерность поз, пассивный и активный негативизм, импульсивность. Нередко паракинезий сочетаются с паратимиями, извращениями влечений, побуждений, мотивов деятельности

(гомицидомания, суицидомания, членовредительство, копрофагия и др.).
Дополнительными симптомами являются ускорение речи, вербигерация, персеверация, разорванность речи.

Импульсивное кататоническое возбуждение характеризуется внезапными кратковременными эпизодами импульсивных поступков и действий, нередко агрессивно-разрушительного содержания. Чаще всего импульсивное возбуждение возникает как эпизод, перемежающийся с кататоническим ступором.

Немое кататоническое возбуждение представлено выраженной гиперкинезией с мутизмом, двигательными стереотипиями и “эхо”-симптомами,

Гебефреническое возбуждение рассматривают как вариант или этап кататонического возбуждения и как самостоятельный синдром. Ведущими симптомами являются вычурность, манерность, гримасничество, кривляние, эхολалия, эхопраксия, эхотимия. Вычурность, манерность, гротесковость касается как пантомимики, мимики, так и речевой деятельности (стереотипные речевые обороты, интонации (пуэрилизм), неологизмы, разорванность, вербигерация, плоские шутки). Среди факультативных симптомов наблюдаются отрывочные фрагментарные бредовые идеи и эпизодические галлюцинации.

Люцидные кататонические состояния встречаются при непрерывно прогрессивной шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, при нейроинфекциях, черепно-мозговых травмах, опухолях в области третьего желудочка, гипофиза, зрительного бугра и базальных ганглиев.

6.1.6. Синдромы нарушения сознания. Расстройства сознания разделяют по структуре — включения (непсихотические или количественные нарушения сознания) и помрачения (психотические или качественные нарушения сознания) и по динамике — пароксизмально и непароксизмально возникающие. Выделяют следующие варианты синдромов нарушенного сознания: непароксизмальные •- помрачение: делирий, онейроид, аменция; выключение: оглушение, сопор, кома и пароксизмальные — помрачение: сумеречные состояния сознания, особые состояния сознания, аура сознания; выключение — большие и малые судорожные припадки (см. раздел 5.1.7.).

Выключение сознания — тотальное нарушение отражательной психической деятельности, которое заключается в последовательных или одномоментном уменьшении объема и глубины, вплоть до полного исчезновения психического функционирования. Последовательное развитие количественного нарушения сознания описано ниже. Синдромы выключения сознания относятся к ургентной медицине и требуют неотложной квалифицированной врачебной помощи, так как при нарастании сопровождаются сердечно-сосудистыми, дыхательными и мозговыми расстройствами и могут привести к смерти.

Помрачение сознания — тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, включающая как ведущие симптомы — общие признаки К. Ясперса — дезориентировку во времени, ситуации, месте, собственной личности: отрешенность от реального мира, расстройства осмысления и конградные нарушения памяти. В качестве дополнительных симптомов встречаются практически все психопатологические симптомы: гипер- и гиперестезии, сенестопатии, иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства, бред, ложные узнавания и воспоминания, яркие аффективные

расстройства (тревога, страх, эйфория, депрессия, безразличие), разнообразные психомоторные симптомы (возбуждение, ступор, речевые расстройства), расстройства памяти. В отличие от выключения сознания при помрачении присутствует фрагментарное отражение объективной действительности, перемешивающееся с качественными расстройствами психики.

Непароксизмальное развитие нарушений сознания характеризуется последовательной этапной сменой глубины и объема расстройства сознания как выключения (оглушение — сопор — кома), так и помрачения сознания (например, 3 стадии развития делирия). Развитие может быть разным по скорости: острое, подострое, хроническое. Кроме того, непароксизмальные нарушения сознания отличается большая длительность сохранения симптоматики.

Пароксизмальное развитие нарушений сознания возникает внезапно, с отсутствием этапности их развития. Болезненное состояние наступает внезапно, сразу в развернутой форме, захватывая всю психическую деятельность больного, длится от нескольких секунд, минут, редко сутки, месяцы.

6.1.6.1. Непароксизмальные выключения сознания. (оглушение, сопор, кома)

6.1.6.1.1. Оглушение — наиболее легкое непароксизмальное выключение сознания. Выделяют три степени глубины синдрома: легкое (обнибуляция), среднее и глубокое (сомноленция) оглушение.

Ведущими проявлениями оглушения являются затруднение, упрощение, обеднение и значительное уменьшение объема и глубины всей психической отражательной деятельности, где наиболее отчетливыми нарушениями являются дезориентировка во времени, ситуации, месте и собственной личности.

Легкая степень оглушения (обнибуляция) характеризуется дезориентировкой во времени: больной не может правильно расположить во времени этапы своей деятельности, изложить проявления болезни, правильно назвать текущую дату, день недели, а нередко и месяц, и год. Затруднено и замедленно осмысление, в первую очередь по отношению к более сложной информации, принятию решений. Внимание пассивное, память на текущие события затруднена. Больные медлительны, нередко растеряны. Падает спонтанная активность, стремление к общению. Речь становится односложной, лаконичной. Эмоциональные проявления уплощаются, обедняются, преобладают безразличие. Симптоматика может мерцать в сторону “просветления” (“люцидные окна”).

Средняя степень оглушения включает всю симптоматику предыдущей степени с последующим ее углублением и обеднением. Усложняется дезориентировка, помимо дезориентировки во времени присоединяется дезориентировка в ситуации и окружающей обстановке. Больные не оценивают, где и почему они находятся, кто их окружает, о чем их спрашивают. Преобладает аффект растерянности, недоумения. С трудом осмысляются только простые вопросы, касающиеся паспортных данных (фамилия, имя, отчество, год рождения, иногда адрес). Спонтанная активность, действия, общение отсутствуют. Внимание привлекается с большим трудом сильными и витально важными раздражителями.

Предоставленные себе, больные лежат в постели, нередко с открытыми глазами, полностью безучастные, безразличные, бездеятельные, или “дремлют”, производя впечатление спящих.

Глубокое оглушение (сомноленция) характеризуется полной дезориентировкой (дезориентировка во времени, месте, собственной личности). Больные не осмысливают обращенную к ним речь, окружающую обстановку. Только очень сильные, витально значимые (болевые) раздражители вызывают слабые реакции по типу ориентировочной—больной открывает глаза, поворачивает глаза, голову в сторону говорящего, но реакция весьма проста и примитивна—в виде незначительных двигательных и мимических реакций. Пациенты адинамичны, пассивны, бездеятельны, безразличны и предоставленные себе лежат в однообразной позе в постели.

По выходе из оглушения конградная частичная (при обнибуляции) и полная амнезия (при средней и глубокой степени).

В зависимости от тяжести основного заболевания, степени глубины оглушения могут в одних случаях регрессировать, в других прогрессировать, переходя в сопор.

6.1.6.1.2. Сопор — более глубокое выключение сознания, характеризующееся полной дезориентировкой, утратой даже слабых дифференцированных ориентировочных реакций, в том числе на болевые раздражители. В ответ на болевые раздражители возникают недифференцированные двигательные и мимические реакции. Психическое отражение полностью отсутствует. Утрачиваются кожные и слизистые рефлексы, сохраняются и ослаблены сухожильные рефлексы. Сохранены защитные рефлексы, помимо болевого, термические, кашлевой, рвотный, глотательный, корнеальный. Полная адинамия, хотя возможны стереотипные двигательные акты, вплоть до возбуждения в пределах постели. По выходе из сопора — полная амнезия. При утяжелении сопора возникает кома.

6.1.6.1.3 Кома — самая глубокая степень выключения сознания — арефлексия. Полностью отсутствуют психическая деятельность, кожные, слизистые и сухожильные рефлексы, сохраняются только безусловные рефлексы, обслуживающие витальные функции организма — сердечно-сосудистая и дыхательная деятельность, терморегуляция и т. п. После выхода из комы — полная амнезия. При углублении комы начинает расстраиваться и безусловная рефлекторная регуляция витальных функций организма, что приводит к нарушению сердечной и дыхательной деятельности, тонуса сосудов, терморегуляции, в результате чего наступает смерть.

Выход из коматозного состояния идет в обратной последовательности с соответствующим восстановлением физических, неврологических и психических функций организма: кома — сопор- глубокое оглушение — среднее — легкое оглушение.

Непароксизмальные выключения сознания относятся к ургентной медицине и требуют от врача не только быстрой, правильной диагностики, но и неотложной квалифицированной врачебной помощи. Возникают при интоксикациях, соматических (уремия, печеночная недостаточность, гипо- и гипергликемия и др.), медикаментозных (опиаты, барбитураты, нейролептики, транквилизаторы и др.), наркотических (опиаты, алкоголь и др.), промышленных (тетраэтилсвинец, угарный газ и др.), при тяжелых радиационных поражениях, асфиксии, в острых стадиях менингитов,

энцефалитов и травм головного мозга, при церебральных катастрофах (геморрагия, ишемия, тромбоз, эмболия и др.), внутричерепных опухолях.

6.1.6.2. Непароксизмальные помрачения сознания

6.1.6.2.1. Делирий (делириозное помрачение сознания). Ведущие симптомы — дезориентировка во времени, ситуации, окружающей обстановке при сохранении ориентировки в собственной личности, растерянность, отрешенность от реальной обстановки, обилие истинных зрительных галлюцинаций, расстройства осмысления. Обязательные — эмоциональное напряжение (тревога, боязнь страх) острый чувственный бред, галлюцинаторно-бредовое возбуждение, отмечается частичная амнезия как реальных событий, так и галлюцинаторных и бредовых переживаний. Нередки вегето-висцеральные симптомы. Из факультативных симптомов наиболее часты слуховые и тактильные галлюцинации, сенестопатии.

Классический делириозный синдром развивается в три этапа (стадии).

На первом этапе — изменчивость настроения, говорливость, психическая гиперестезия, расстройства сна. Нарастает суетливость, беспокойство, общая возбудимость, усиливаются колебания настроения от приподнятого, раздражительного к тревоге и ожиданию беды. Появляются наплывы образных, четких воспоминаний, чувственно ярких представлений. Помимо затруднения засыпания и поверхностного сна характерны яркие сновидения неприятного содержания.

На втором присоединяются иллюзорные расстройства, преимущественно парейдолии. Резко усиливается гиперестезия, лабильность аффекта, нарастает дезориентировка во времени, ситуации. Симптоматика колеблется, утяжеляясь в ночные часы, а в дневное время возникают светлые промежутки (“люцидные окна”). Расстройства сна становятся все более выраженными и продолжительными, при засыпании возникают гипнагогические зрительные галлюцинации.

В третьей стадии ведущее место занимают зрительные истинные галлюцинации при аллопсихической дезориентировке (во времени и месте) и сохранении ориентировки в собственной личности. Зрительные галлюцинации воспринимаются большим среди реальных предметов и сливаются с ними, но постепенно, заменяясь сценopodobными галлюцинациями, все больше вытесняя и отрешаясь от реальности и замещая ее. Поведение и высказывания отражают галлюцинаторные переживания, острый чувственный бред, порождая тревогу, страх, психомоторное возбуждение. На высоте делирия довольно часто, помимо зрительных, присоединяются слуховые, гаптические, обонятельные галлюцинации. Мимика экспрессивна, соответствует содержанию галлюцинаций, бреда, аффекта. Мышление и речь непоследовательны, нередко приобретают черты бессвязности. К вечеру симптоматика резко усиливается за счет наплыва галлюцинаций, острого чувственного бреда, нарастает возбуждение, иногда с агрессивностью или аутоагрессивностью. К утру больные забываются патологическим сном, похожим на оглушение.

Вслед за третьей стадией может возникнуть профессиональный либо мусситирующий делирий, что свидетельствует об утяжелении симптоматики, особенно прогностически неблагоприятным признаком является переход в мусситирующий делирий.

Мусситирующий (бормочущий) делирий характеризуется тотальной дезориентировкой, хаотическим беспорядочным возбуждением, невнятным монотонным бормотанием. На высоте делирия хаотическое возбуждение сменяется однообразными гиперкинезами или симптомом обирания (карфологии) — бессмысленное перебирание пальцев рук, подергивание одежды и т. д. Появляются нерво-вегетативные расстройства — гипертермия, миоклинические и фибриллярные подергивания мышц, тремор, тахикардия, рипергидроз, колебания АД, тяжелые расстройства сна и др. При утяжелении симптоматики делирий переходит в сопор или кому и может привести к смерти пациента.

При профессиональном делирии ведущими симптомами являются “видение” профессиональной обстановки и деятельности пациента. Преобладает возбуждение в виде автоматических двигательных актов над галлюцинациями. Больной убежден, что находится на производстве, выполняет привычные профессиональные действия (дворник машет метлой, портной шьет и т. п.). Дезориентировка более грубая, чем при классическом делирии, и нередко при утяжелении симптоматики сменяется оглушением или сопором.

Регресс делирия может быть или критическим, или литическим. Критический происходит через глубокий и длительный критический сон, после пробуждения практически исчезает вся делириозная симптоматика, обнаруживаются астенические проявления, реже резидуальный бред. При литическом регрессе делирия происходит обратное развитие этапов синдрома.

Делирий встречается при интоксикациях лекарственных (атропин, гормоны, антидепрессанты, стимуляторы и др.), промышленных (тетраэтилсвинец и др.), при алкоголизме, наркоманиях, токсикоманиях, при инфекционных, соматических заболеваниях, сосудистых поражениях головного мозга.

6.1.6.2.2. Онейроидное (сновидное) помрачение сознания включает следующие ведущие симптомы — дезориентировка во времени, ситуации, обстановке, нередко и в собственности личности (видоизменение и перевоплощение Я); полная отрешенность от окружающего мира и погружение в сценopodobные зрительные и слуховые псевдогаллюцинации и грандиозный сказочно-фантастический грезopodobный чувственный бред; интенсивные полярные аффективные расстройства, кататонические симптомы, частичная или полная амнезия реальных событий и болезненных переживаний. Аутопсихическая дезориентировка включает существенные расстройства Я: не только утрату активности, простоты, витальности Я, но и более сложные нарушения идентичности, непроницаемости, стабильности и границ Я (Я предстает в онейроиде видоизмененным, перевоплощенным, раздробленным, растворенным, даже неодушевленным, раздвоенным, расстроеным и т. п.). Нередки вегето-висцеральные расстройства (гипертермия, парестезии, сальность кожных покровов, бессонница, тошнота, запоры, анорексия), тахикардия, колебания АД, гипергидроз).

Онейроид может быть представлен в “чистом” виде, в виде онирического синдрома и в виде этапа развертывания сложного психотического онейроидно-кататонического приступа преимущественно эндогенной природы.

Онирический синдром (ониризм, онирический бред) характеризуется вялостью, сонливостью, поверхностным сном с яркими красочными

сновидениями и переходом в сновидные переживания, значительно захватывающие пациента. При пробуждении сновидные переживания осмысливаются лишь частично и становятся основой для бредообразования, наблюдаются также иллюзии, галлюцинации, стереотипные движения. Чаще всего встречаются при инфекционных заболеваниях.

При острых эндогенных психозах описано семь этапов истинного онейроида (Т. Ф. Пападопулос, 1975). На инициальном этапе общесоматических (преимущественно вегетативных) расстройств и колебаний аффекта преобладают аффективные, эмоционально-гиперестетические и вегетовисцеральные расстройства. Второй этап — бредового аффекта, когда на фоне тревоги, страха, растерянности формируются чувственно-яркие бредовые идеи, преимущественно персекуторного содержания (преследования, отравления, воздействия, шпиономанический бред и т. п.). Третий этап — аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации. Именно на этом этапе возникают нарушения ориентировки во времени, ситуации за счет преимущественно бредовой ориентировки присоединения бреда инсценировки и бреда значения, расстройства мышления (ментизм, шперрунг). Следующие два этапа — фантастической аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации и иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации, когда сохраняется двойная ориентировка в ситуации, обстановке, окружающих лицах (симптом Фреголи) и в собственной личности. И последовательно центральное место занимают грезоподобное воображение, фантазии, мечты (грезоподобный онейроид), перемешивание фрагментарного отражаемого реального мира (ориентированный онейроид) с фантастическими иллюзиями и псевдогаллюцинациями (фантастически-иллюзорный онейроид). Происходит парафренизация бредовой симптоматики, когда больные чувствуют себя спасителями мира, вселенной (манихейский бред). Аффективные переживания могут носить как характер депрессии (депрессивный онейроид), так и мании с экзатически-экзальтированным настроением (экспансивный онейроид). Шестой этап — истинного онейроидного помрачения сознания, когда отмечается полная алло- и аутопсихическая дезориентировка с полной отрешенностью от реального мира и нарастанием кататонической симптоматики — ступор с зачарованностью или возбуждение с патетикой или экстазом. Последний — седьмой этап — аментивноподобного помрачения сознания с фрагментарными онейроидными переживаниями с резким расстройством мышления до бессвязности. Иногда ухудшается соматическое состояние, сочетаясь с гектической температурой (фебрильный онейроид) и преходящими неврологическими симптомами. Необязательно онейроид проделывает все вышеописанные этапы. Встречается при рекуррентной и шубообразной шизофрении, фебрильной кататонии, при инфекционных, нейроинфекционных и послеродовых психозах.

6.1.6.2.3. Аменция (аментивное помрачение сознания) — наиболее глубокая степень помрачения сознания, характеризующаяся полной дезориентировкой во времени, месте и собственной личности, тотальной дезинтеграцией всей психической деятельности, инкогеренцией (бессвязностью) мышления, бесцельным хаотическим психомоторным возбуждением вплоть до степени яктации (хаотическое метание с дискоординированными движениями) в пределах постели, растерянностью, недоумением, отрывочными и бессистемными бредовыми высказываниями, галлюцинациями, тревогой, страхом, полная амнезия. Большую выраженность имеют висцеро-вегетативные и соматофизические расстройства вплоть до выраженного психофизического истощения. В ряде случаев после выхода из

амении формируется психоорганический синдром. В тяжелых случаях амения может поэтапно смениться комой и привести к смерти.

Амения встречается при острых и хронических инфекционных и соматических психических заболеваниях, энцефалитах, злокачественном нейрорепитическом синдроме.

6.1.6.3. Пароксизмальные помрачения сознания

5.1.6.3.1. Сумеречное помрачение сознания — остро возникающее помрачение сознания, при котором возникает глубокая дезориентировка во времени, окружающей обстановке и собственной личности (ведущая симптоматика) в сочетании с галлюцинаторными и бредовыми высказываниями, аффектом тоски, злобы и страха, резким галлюцинаторно-бредовым возбуждением, бессвязной речью, реже с внешне упорядоченным поведением (факультативные симптомы). По выходе из данного синдрома—полная тотальная конградная амнезия, реже имеющая ретардированный характер.

Различают органическое (классическое) и истерическое сумеречное помрачение сознания.

При классическом сумеречном состоянии сознания помимо вышеописанных ведущих симптомов существует полный набор факультативных симптомов. По их выраженности выделяют галлюцинаторный, бредовый и дисфорический варианты. Классическое сумеречное помрачение сознания, особенно дисфорический вариант с неистовым возбуждением, представляет повышенную социальную опасность.

Амбулаторный автоматизм (сумеречное состояние сознания с автоматизмом). В отличие от классического сумеречного помрачения сознания отсутствуют факультативные симптомы (бред, галлюцинации, дисфория). Отмечаются автоматические, нередко достаточно сложные двигательные акты на фоне бесстрастного аффекта с оттенком некоторой растерянности.

Фуги — моторные автоматизмы, когда пациенты бесцельно бродят, ходят, бесцельно бегают и т. п.

Транс — особые автоматизмы, когда внешне сложные последовательные действия кажутся правильными, упорядоченными, целенаправленными, на самом деле бессмысленны, не нужны и не запланированы пациентом. В связи с чем только тщательное наблюдение выявляет некоторую растерянность, отрешенность, мутизм.

Все варианты сумеречных состояний могут возникать не только в дневное, но и в ночное время (сомнамбулизм — снохождения, лунатизм).

Органические сумеречные состояния сознания встречаются при эпилепсии и органических заболеваниях головного мозга.

6.1.6.3.1.1. Истерические сумеречные состояния — психогенно возникающие своеобразные расстройства сознания, когда на фоне избирательной дезориентировки с сохранением частичного контакта с больным, наплывом ярких галлюцинаций, несистематизированных бредоподобных идей и театрально патетическими сценами (сумеречное состояние с аффектом горя, отчаяния и гнева).

Встречаются и истерические амбулаторные автоматизмы (достаточно сложные, привычные, заурядные поступки) и fugи (бесцельные, внешне целесообразные внезапные действия, например бегство, ступор).

Псевдодеменция — сужение сознания, когда больные растеряны, беспомощны, дурашливы, таращат глаза, отвечают невпопад, глупо и дементно, как будто бы утратили простейшие навыки, элементарные знания. Выделяют депрессивную и ажитированную формы, по факультативным симптомам. Очень близко примыкает синдром Ганзера, где помимо “дементного” поведения наблюдаются и “дементные” ответы.

Пуэрилизм характеризуется как бы регрессом поведения до детского возраста, когда взрослый человек ведет себя как ребенок с детскими манерами, жестами, играми, шалостями, интонациями. Наряду с детским поведением в ответах, реже в поведении сохраняются отдельные привычки, навыки и высказывания взрослого человека.

Патологический аффект — аффективно обусловленное сумеречное состояние сознания, сопровождающееся разрушительными действиями и полной амнезией пережитого в болезненном состоянии.

Фугиформные реакции — психогенно обусловленные сумеречные состояния сознания, выражающиеся бессмысленным бегством.

Встречаются при истерии, истерических психопатиях, аффективно-шоковых реакциях, исключительных состояниях.

6.1.6.3.2. Особые состояния сознания (Гуревич М. О., 1949) проявляются поверхностным изменением сознания с признаками деперсонализации и дереализации, растерянностью, дезориентировкой во времени, ситуации, окружающей обстановке при сохранении воспоминаний о пережитом.

6.1.6.3.3. Аура сознания — кратковременное помрачение сознания с дезориентировкой во времени, окружающей обстановке и сохранением воспоминаний о болезненных переживаниях, которые могут быть представлены психосенсорными расстройствами, деперсонализацией, дереализацией, явлениями “уже виденного”, “никогда не виденного”, истинными галлюцинациями, аффективными расстройствами.

Встречаются при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга.

6.1.7. Судорожные синдромы. Судорожные синдромы включают различные варианты непроизвольных, пароксизмально наступающих приступов тонических и клонических судорог, чаще всего сопровождающихся и пароксизмальным выключением сознания.

Генерализованный судорожный припадок (большой судорожный припадок) характеризуется выключением сознания, достигающим степени комы, массивными вегетативными проявлениями, последовательным развертыванием судорог, вначале тонических (длительность 30—60 с), затем клонических (длительность 2—3 мин.), вовлекающих обе стороны тела одновременно. Припадок начинается с предвестников (ощущения дискомфорта), ауры, затем нередко больно вскрикивает, вслед за чем падает с выключением сознания и развиваются тонические и клонические судороги. Развернутая тоническая стадия представлена тоническим

напряжением мышц лица, конечностей и туловища с дивергенцией и отклонением глазных яблок кверху. Конечности находятся в состоянии чрезмерного мышечного напряжения. Из-за спазма дыхательной мускулатуры возникает апноэ, развивается цианоз. Клоническая стадия судорог часто сопровождается прикусом языка и выделением кровавой пены изо рта. Происходит непроизвольное мочеиспускание, иногда дефекация. У детей часто возникает рвота. Зрачки у больного расширены, отсутствует реакция зрачков на свет (кома). Большой судорожный припадок длится от 1 до 4 минут. По завершении судорог коматозное состояние довольно быстро сменяется сопором, оглушением, глубоким сном или выходом в ясное сознание. После возвращения сознания больной испытывает слабость, разбитость, головные боли, иногда долго длится легкая оглушенность, держатся боли в мышцах. Выявляется полная амнезия припадка при сохранении воспоминаний о переживаниях, предшествующих припадку, включая предвестники и ауру. Большой судорожный припадок называют еще двухфазным судорожным припадком, так как возможны и неразвернутые (абортивные) судорожные припадки, когда отсутствует одна из фаз припадка, чаще клоническая (нередко наблюдается у детей).

Абсанс (не совсем точно называют малым припадком) характеризуется пароксизмальным выключением сознания на короткое (2—15 с) время с отсутствием послеприпадной симптоматики. Проявляется внезапной остановкой движения, заминкой в разговоре, работе и т. п. Иногда они сопровождаются внезапным снижением тонуса мышц шеи—падением головы вперед (“кивки-клевки”). Сложные абсансы проявляются сочетанием кратковременного выключения сознания с некоторыми моторными симптомами (непроизвольное движение губ, закатывание глаз и др.). Атонический припадок — падение больного вследствие выключения постурального мышечного тонуса: акинетический — также проявляется в падении, но без изменения мышечного тонуса. Абсансы чаще наблюдаются у детей, чем у взрослых.

Вторая группа судорожных (эпилептических) пароксизмов — фокальные или парциальные припадки. Речь идет о клонических или клонико-тонических парциальных судорогах, т. е. моторных или же сенсорных разрядах, захватывающих последовательно определенные части тела. Возможны иллюзорные и галлюцинаторные пароксизмы в виде приступов нарушения сенсорного синтеза по типу дереализации и деперсонализации, с нарушениями сознания или по типу сночодобных состояний.

Все виды парциальных (фокальных) припадков, как с простой, так и сложной симптоматикой, могут переходить в генерализованные припадки.

Анатомо-клиническая характеристика припадков и аур представлена ниже.

Топика эпилептогенного фокуса Клинические припадки

корковые припадки

Переднелобные отделы	Поворот головы в противоположную пораженной стороне, судороги на противоположной стороне, утрата сознания
Заднелобные и прецентральные отделы	То же, но без утраты Сознания или переднеадверсивные

Нижнелобные отделы	припадки- поворот лишь глаз и головы в противоположную сторону Моторная афазия
Участок передней центральной извилины контрлатерального полушария, соответствующий локализации моторики той части тела, в которой возникают судороги (стопа, голень, бедро- область межполушарной щели, туловище- верхняя треть конвекситальной части, плечо, предплечье, кисть, пальцы- средняя треть, лицо- нижняя треть)	Моторный джексоновский припадок или кожевниковские судороги (переднецентральный припадок)
Участок задней центральной извилины контрлатерального полушария, соответствующий локализации тактильной, болевой, температурной, мышечно- суставной чувствительности той части тела, в которой появились эти нарушения (нога- область межполушарной щели, туловище- верхняя часть конвекситальной части, рука- средняя треть, лицо- нижняя треть извилины)	Сенсорные или парестенические джексоновские припадки
Верхнетеменные (верхняя теменная долька) отделы	Иллюзия движения в противоположной очагу поражения конечности, чаще в руке, чувство ее невесомости, утомления, сердечно-сосудистая аура
Нижнетеменные (надкраевая извилина, нижняя теменная долька) отделы	Апраксия, астерогеноз
Теменно- затылочные (внутритеменная борозда) отделы	Нарушения восприятия “схемы тела”, аутопагнозия, метаморфопсии, аназогнозия
Теменно- височные отделы	Головокружение, дезориентировка положения тела в пространстве
Височные области : Центр Вернике (задний отдел верхней височной извилины) Задние отделы нижней височной извилины Базально- височные (область гиппокампа)	Сенсорная афазия, алексия Амнестическая афазия Обонятельная и вкусовая аура, сноподобные состояния Слуховые галлюцинации
Верхние височные извилины, частично- поперечные височные извилины Височные (с недифференцированной локализацией)	Висцеро- вегетативная аура, малые судолрожные припадки, абсансы, аффективные пароксизмы, особые состояния сознания, явления “уже виденного”, “уже пережитого”, “никогда не виденного”, “никогда не пережитого”, эпилептические автоматизмы
Оперкулюм (покрышка- задне- базальная часть лобной доли, нависающая над	Оперкулярные припадки- движения глотания,

Сильвиевой бороздой)	причмокивания, сосания, жевания, дегустирующие, облизывание губ, “хоботок”, обильная саливация
Затылочные отделы	Фотопсии
подкорковые припадки	
Моторная область	Тонические судороги мышц туловища, шеи, конечностей, диафрагмы, сгибательная установка разведенных и выпрямленных пальцев
Сенсорная область	Жжение, резкая боль, режущего, рвущего, ломящего, давящего характера, неприятные аффективные переживания
Височные отделы (с локализацией очага в глубине височной доли)	Оформленные зрительные галлюцинации в противоположном очагу поражения поле зрения
стволовые припадки	
Диэнцефальная область	Вегетативно- соматические пароксизмы, икота, зевота, метеоризм, повышение температуры тела, озноб, пароксизмы нарушения тонуса мышц
Мезэнцефальная область	Пароксизмы тонических судорог, ригидность мышц туловища с разгибанием конечностей

Встречаются миоклонические припадки, когда мгновенно выключается сознание (1—30 с) и наблюдаются мелкие, чаще ритмичные судорожные подергивания отдельных мышечных групп конечностей, лица или симметричных отделов (моргания, кивки).

Пропульсивные припадки — толчкообразные движения вперед (пропульсии). Их разновидностью являются “салам-припадки” — наклон головы и туловища с одновременным приведением рук и груди (напоминающие традиционное восточное приветствие). Ретропульсивные припадки — тоническое движение головы и туловища назад. Латеропульсивные — подобные же движения по типу толчка вправо или влево. Импульсивные припадки — внезапное, молниеносное, порывистое выбрасывание рук вперед, разведение или сближение их.

Встречаются все виды припадков при эпилептической болезни, органических заболеваний головного мозга, некоторых инфекционных заболеваниях и интоксикациях, например, фебрильные судорожные припадки у детей.

6.1.8. Парамнестические синдромы. Корсаковский синдром включает в себя единство продуктивных (парамнезии) и негативных (амнестические) расстройства, поэтому синдром отнесен к позитивным условно как парамнестический и может называться как негативный — амнестический.

Ведущие симптомы — фиксационная амнезия (неспособность удерживать в памяти текущие события) при сохраненности воспоминаний на события, предшествующие болезни), парамнезии (замещающие конфабуляции, псевдореминисценции и критпомнезии), амнестическая дезориентировка, грубая некритичность к проявлениям болезни (анозогнозия). Из факультативных симптомов — разнообразные аффективные (тревожность, благодушие, беспечность, растерянность, эмоциональная лабильность) и двигательные расстройства (гиподинамия, суетливость). Больные длительное время могут не обращать на себя внимание или восприниматься как рассеянные, так как легко используют прошлые знания и навыки. Больные дезориентированы во времени, ситуации, теряются в отделении, не запоминают персонал, окружающих лиц. Наплыв конфабуляций может привести к конфабуляторной спутанности.

По динамике различают регрессирующий, стационарный и прогрессирующий корсаковский синдром.

Корсаковский синдром является основным клиническим симптомокомплексом при алкогольном корсаковском полиневритическом психозе. Встречается при травматических, органических, инфекционных, интоксикационных психических заболеваниях, при опухолях, сосудистых и атрофических церебральных заболеваниях.

6.1.8.1. Конфабулез — обилие парамнестических расстройств без признаков помрачения сознания или амнезией. Ведущий синдром — многообразные фантастические конфабуляции. Их характеризует, с одной стороны, изменчивость фабулы, а, с другой, настойчивое стремление доказать реальность их содержания, что придает им близость к чувственному бреду, определяющему поведение пациента, эмоциональную насыщенность эйфории, благодушием, беспечностью. При остром развитии обилие конфабуляции приводит к конфабуляторной спутанности с ложным узнаванием. Выход всегда критический с мгновенным “прозрением” и адекватной оценкой проявлений болезни.

Встречается при инфекционных, интоксикационных, соматических психозах, при сосудистых психических заболеваниях.

6.1.8.2. Синдром насильственных воспоминаний — мимовольные воспоминания отдельных эпизодов из реальной жизни больного давно прошедших и позабытых. Воспоминания выражаются не в конкретных образах, а в словах, символах, абстракциях. Насильственные воспоминания возникают пароксизмально. В этот период ухудшается запоминание текущих событий, а в последующем сопровождается амнезией реальных событий.

Встречается при органических заболеваниях головного мозга с поражением левой теменно-височной области.

6.1.9. Органический психосиндром. Органический психосиндром (психоорганический синдром, синдром Вальтер-Бюэля) характеризуется общей психической несостоятельностью, дисмнестическими расстройствами, снижением сообразительности, ослаблением аффективно-волевых свойств. В триаде Вальтер-Бюэля (1951) выделены следующие основные составляющие синдрома: ослабление памяти (вплоть до корсаковского синдрома), ухудшение понимания, недержание аффектов. В клинику психоорганического синдрома нередко включаются признаки органических расстройств речи, праксиса или гнозиса.

По существу психоорганический синдром понятие собирательное, отражающее группу психопатологических синдромов, обусловленных органическим поражением головного мозга.

Ведущие симптомы: 1) разнообразные аффективные расстройства: раздражительность, несдержанность, эксплозивность, ворчливость, злобность, эмоциональная лабильность, слабодушие, сензитивность, ранимость, брюзжание, эйфория, беспечность, снижение эмоционального резонса, безразличие, апатия; 2) нарушения памяти и внимания: пассивность, отвлекаемое внимание, истощаемость и рассеянность внимания; снижение объема запоминания и воспроизведения, затруднения воспроизведения нового и прошлого, снижение объема памяти, выпадение участков текущего вплоть до фиксационной амнезии; 3) расстройство осмысления и интеллектуальные затруднения: нарушения творческого мышления, его скорости и объема, преобладание конкретно образного мышления над абстрактно-логическим, ухудшение сообразительности, снижение умственной трудоспособности и продуктивности, несамостоятельность, нарушение подвижности мышления за счет детализации и вязкости, слабая социальная адаптация и, как следствие, изменение поведения.

Факультативные симптомы обусловлены собственно органическим заболеванием головного мозга и весьма вариабельны. К ним относятся сенестопатии, иллюзии, галлюцинации, психосенсорные и дереализационные расстройства, нестойкие бредовые и сверхценные идеи, фобии.

Нередко отмечаются диэнцефальные расстройства, достаточно выраженные вегето-висцеральные и неврологические симптомы.

Декомпенсация психоорганического синдрома часто обусловлена метеорологическими факторами (температура, повышение влажности, барометрического давления, инсоляцией и т. п.), интеркуррентными, инфекционными и соматическими заболеваниями, средовыми факторами.

Чаще всего синдром имеет стационарное течение, но может или регрессировать, или прогрессировать.

Выделяют 4 варианта тяжести психоорганического синдрома, которые в случае прогрессивного течения являются его этапами.

Астенический вариант характеризуется астеническими, в частности эмоционально-гиперстетическими расстройствами: истощаемостью психических процессов, утомляемостью, ухудшением внимания, легкой гипомнезией, эмоциональной лабильностью с гиперестезией в разных анализаторах, раздражительностью, сенестопатиями, отдельными психосенсорными симптомами.

Эсплозивный вариант включает наряду с вышеперечисленными симптомами яркие эмоциональные расстройства: раздражительность, сменяемая грубостью, злобностью, гневом, появляются мрачная, угрюмая подавленность с дисфорическим оттенком, ворчливость, брезгливость. Присоединяются затруднения осмысления и дисмнестические расстройства. Повышается сензитивность и снижаются адаптационные возможности организма.

Эйфорический вариант помимо вышеописанного характеризуется присоединением благодушия, беспечности, сменяющиеся гневливостью, резким нарушением осмысления, в первую очередь критического отношения

к своему болезненному состоянию, происходящих вокруг событий, падает творческая активность, принимаемые решения отличаются поверхностностью, непродуманностью, легкомысленностью, рефлексорностью. Ухудшение сообразительности сопровождается гипердинамичностью, пассивностью, падением трудоспособности, особенно профессиональной.

Апатический вариант включает значительные и продолжающиеся нарастать оскудение эмоциональной продуктивности мышления и грубые расстройства памяти. По существу нарастает деменция. Аффективные расстройства представлены эмоциональным снижением, вплоть до безразличия, апатии. Нарастают гиподинамия, пассивность, достигающая степени аспонтанности. Резко сужается круг интересов, побуждений. Мышление становится вязким, обстоятельным, тугоподвижным, резко нарушается память, особенно на текущие события, страдает объем прошлых воспоминаний, сужается запас знаний и навыков.

Встречается при органических поражениях головного мозга вследствие травм, инфекций, интоксикаций и соматических (сосудистых) заболеваний в подостром, отдаленном и резидуальном периодах болезни.

6.1.9.1. Близко к психоорганическому синдрому стоит эндокринный психосиндром (М. Блейлер, 1948) и по существу является его вариантом. Для него характерны аффективно-личностные изменения — нарушения влечений, настроения, расстройства осмысления.

Наиболее часты нарушения влечений: повышение, ослабление или искажение, например, аппетита вплоть до булимии, реже анорексии, или извращения вкуса при беременности. Нарушения влечений носят эпизодический характер, но могут быть и стойкими. Часты расстройства настроения: раздражительность, злобность, недовольство, плаксивость, эйфория. Наблюдаются астено-депрессивные состояния. Интеллектуальные расстройства выражены незначительно, хотя при выраженной эндокринной патологии могут наблюдаться выраженные степени умственного недоразвития (например, микседема).

Выраженность эндокринного психосиндрома зависит от степени тяжести и длительности соматической патологии. К данному синдрому не относятся острые психические расстройства, связанные с эндокринными заболеваниями (например, делирий).

Встречается при диффузном токсическом зобе, сахарном диабете и др. эндокринных болезнях.

6.2. Негативные (дефицитарные) психопатологические синдромы

Четкого понятия негативные (дефицитарные) синдромы в настоящее время не существует, хотя все психиатры пользуются этим понятием. Наиболее устоявшееся определение — выпадение из созревшей психической деятельности тех или иных присущей ей качеств и свойств, минус-симптомы, появление симптомов ущерба, изъяна, недостаточности психической деятельности на различных ее уровнях, т. е. возникновения психического дефекта. Если термин “дефект” понимать широко, то следует признать существование функционального дефекта, например, при длительно текущем неврозе.

Негативные синдромы являются собственно нарушением личности или ее недоразвитием, или незрелостью. Следует различать изменения зрелой личности, возникшие в результате заболевания (МКБ-10) от недоразвития, дисгармоничных личностей, которые появляются в детстве или подростковом возрасте и сохраняются и в периоде зрелости, до личностных реакций.

Степень выраженности негативных синдромов может варьировать в широких пределах: от легких снижений уровня личности без формальных признаков нарушения интеллекта до грубых психических дефектов и слабоумия. При психическом дефекте, в первую очередь, страдают эмоционально-волевые качества личности, снижение уровня личности в целом без грубых нарушений интеллекта более характерные для слабоумия.

Чаще всего психопатологический дефект трактуется как выраженный психоорганический синдром, где ведущее место занимают интеллектуально-мнестический и патохарактерологический дефекты (или развитие) с наличием или отсутствием формальных признаков интеллектуальной недостаточности. Однако острота, тяжесть, распространенность и тип патологического процесса и его последствий могут быть различными (А. С. Чистович, 1954; П-Ф- Малкин, 1956, 1959; Е. Блейлер, М. Блейлер, 1972).

Нет ни одного психического заболевания, которое не сопровождалось бы теми или иными негативными расстройствами. В одних случаях временных, преходящих, коррегируемых, а в большинстве случаев постоянного характера и даже прогрессирующих (например, при шизофрении, органических и старческих психических заболеваниях). При этом каждому заболеванию соответствует свой, максимально достижимый уровень негативной симптоматики.

6.2.1. Врожденный психический дефект (олигофрения (малоумие), недоразвитие психической деятельности, умственная отсталость).

Олигофрения — стойкое, малообратимое, равномерное недоразвитие уровня психической, в первую очередь, интеллектуальной деятельности, связанное с врожденной или рано приобретенной (до 3-х лет) органической патологией головного мозга. Характерно равномерное недоразвитие когнитивных, речевых, моторных, интеллектуальных и социальных способностей. Малоумие может развиваться с любым неврологическим, соматическим и психическим расстройством или возникать без них. По степени выраженности олигофрения как синдром делится на дебильность (легкая умственная отсталость), имбецильность (умеренная умственная отсталость) и идиотия (тяжелая и глубокая умственная отсталость).

6.2.1.1. Дебильность. Легкая форма олигофрении, при которой в первую очередь не развивается абстрактно-логическое мышление, затруднено в развитии конкретно-образное мышление, недоразвитие эстетических, этических, интеллектуальных эмоций и высоких социальных форм поведения.

Затрудняется переход от чувственного познания к рациональному, от конкретных обобщений к абстрактным и формированию глубоких суждений и умозаключений: не развиваются или слабо представлены такие интеллектуальные операции, как обобщение, анализ и синтез, классификация, абстрагирование, сравнение. При неглубоких нарушениях развития предпосылок к интеллекту (память, речь, внимание и др.) не развиваются полностью такие свойства и качества интеллекта: широта, глубина, самостоятельность, оригинальность, гибкость, логичность, критичность. При удовлетворительном внимании и достаточной механической памяти пациенты способны к обучению во вспомогательной школе, где

приобретают достаточный запас знаний и навыков чтения, письма, счета, а также рабочую специальность. Психический “инвентарь” снижен и не соответствует возрастной норме. Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости, особенно в чтении и письме. Эмоциональная и социальная незрелость проявляется в ограничении социальных ролей, в затруднениях, связанных с брачной жизнью, воспитанием детей, адаптации к культурным традициям и формам поведения.

6.2.1.2. Имбицильность. Умеренно выраженная степень олигофрении характеризуется полной невозможностью абстрактно-логического мышления, глубокие затруднения конкретно-образного. Невозможно проведение логических операций: обобщение, сравнение, возможны только бедные суждения, несамостоятельные, штампованные, бездоказательные, предельно конкретные, по типу простого подражания и повторения. Грубо страдают предпосылки интеллекта: устойчивость внимания, речь аграмматична с выраженным дефектом произношения, память только механическая с небольшим словарным запасом. В результате обучения возможно ограниченное приобретение навыков, преимущественно элементарного самообслуживания и наиболее простых видов труда на основе способности к развитию элементарных автоматических навыков, требующих надзора. Эмоции бедны, ригидны, малодифференцированы. Не развивается достаточная дифференциация ощущений и восприятий. В зрелом возрасте они обычно способны к простой практической работе (уборка, перенос тяжестей и т. п.) при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора.

6.2.1.3. Идиотия. Глубокая степень олигофрении, характеризующаяся полным отсутствием понятийного мышления, четкого развития восприятия, дифференциации простых эмоций и целенаправленной деятельности. Ощущения наиболее простые сохраняются, определяя возникновение примитивных эмоций (удовольствие—неудовольствие) и определяя элементарные двигательные реакции. Внимание преимущественно пассивное и привлекается только непосредственными воздействиями на пациента. Речепроизводство и речепонимание фактически отсутствуют, имеются нечленораздельные звуки, отдельные слова в порядке подражания. Сохранена инстинктивная деятельность, реже возникают простые автоматизированные, основанные на инстинктах, акты. По существу пациенты ведут инстинктивный, преимущественно вегетативный образ жизни и нуждаются в уходе и надзоре.

Олигофренический синдром в трех его вариантах встречается при различных заболеваниях от генетической патологии (хромосомная, моногенная, с наследственным предрасположением), внутриутробном и перинатальном повреждении головного мозга (инфекции, интоксикации, травмы и т. д.).

Условно в эту группу негативных расстройств можно отнести и нарушения психологического развития (М.КБ-10), когда на фоне наследственной отягощенности и предшествующего нормального развития ребенка возникают дезинтегративные расстройства детского возраста (олигофреноподобный дефект). К ним отнесены: специфические расстройства развития речи, школьных навыков, чтения, счета, двигательных навыков, детский аутизм, синдромы Ретта и Аспергера и др.

6.2.1.4. Инфантилизм. Инфантилизм (синдром психического инфантилизма) — универсальное или частичное отставание от возрастного уровня физического и интеллектуального развития, проявляющееся в

недостаточной зрелости суждений, детской наивности, яркости и неустойчивости эмоций, повышенном их влиянии на мышление, преобладание воображения и фантазий, снижении работоспособности. В данный раздел относится синдром, возникший в детском возрасте и пронизывающий всю последующую жизнь. Появление его в подростковом возрасте и после ряда соматических и инфекционных заболеваний следует отнести к дисгармонии личности.

6.2.2. Приобретенный психический дефект. Приобретенный психический дефект включает преимущественно аномальные развития личности, личностные, интеллектуально-мнестические расстройства или их сочетание. Появление приобретенного психического дефекта может быть обусловлено как собственно нарушениями развития и формирования личности (расстройства личности, акцентуации характера, психопатии), так возникшими в результате заболевания. Последние могут носить как преходящий, стационарный, так и нарастающий характер. Чем глубже нарастают личностные негативные расстройства, тем больше стираются индивидуальные многогранные личностные особенности и начинают преобладать признаки интеллектуально-мнестического дефекта, переходя в глубокие приобретенные психические дефекты (деменция, психический маразм).

К приобретенному психическому дефекту по существу относят все негативные синдромы, истощаемость психической деятельности, субъективное осознание изменения "Я", объективно определяемые изменения личности, дисгармонии личности, снижение энергетического потенциала личности, снижение уровня личности, регресс личности, амнестические расстройства (лакунарное слабоумие), тотальная деменция, психический маразм.

Первые негативные синдромы не могут быть полностью поняты без принятия во внимание субъективного эмоционального опыта и предшествующей личности, ее адаптации и специфической уязвимости.

Негативные расстройства встречаются при всех психических заболеваниях. Но при одних заболеваниях часть из них формально обратимы, т. е. могут регрессировать вместе с продуктивной симптоматикой; при других не только не регрессируют, а по мере развития болезни прогрессируют.

Формально обратимыми независимо от нозологической принадлежности являются первые четыре негативных синдрома. Так, при неврозах, реактивных психозах, маниакально-депрессивном психозе, наблюдаемые истощение психической деятельности, субъективные и объективные изменения Я регрессируют, то же происходит при рекуррентной шизофрении. В то время как нарастание негативных синдромов отмечается при непрерывно прогрессивной шизофрении, эпилепсии, старческих и ряде пресенильных психозах, экзогенно-органических и органических психических заболеваниях, тяжелых стадиях алкоголизма и наркоманиях.

6.2.2.1. Истощаемость психической деятельности. При сохранности задатков, опыта и навыков личности нарушается проявление преимущественно количественных и отдельных качественных ее сторон. Отмечается несоответствие глубины и длительности психической истощаемости сравнительно небольшой умственной, реже физической нагрузки. Замедляются быстрота и глубина припоминания, запоминания, удержания информации, снижается продуктивность мышления, в первую

очередь, творческого мышления, решения мыслительных задач, проведения сравнений, обобщения, анализа и синтеза замедляется; новые задачи, новые идеи и решения крайне трудны, практически нерешаемые в прежнем объеме. Падает волевая активность, настойчивость в решении мыслительных задач, нарушается прежняя твердость в принятых решениях. Появляется сензитивность, эмоциональная возбудимость. В характере начинают преобладать ригидность и интроверсии, уменьшаются пластичность и прежняя экстравертированность. Возникает субъективное ощущение скуки, сплина, усталости, вялости, сомнений, “волнений”, “переживаний”, “опасений”, “нетерпение”. Затрудняется смена масок и ролевых форм поведения, что создает проблемы в общении и межличностных отношений, что заставляет пациентов избегать смены стереотипа. Истощение психической деятельности определяется в целом теми же психическими расстройствами, что и астенический синдром, но здесь преобладают избирательные количественные нарушения функционирования личности.

6.2.2.2. Субъективно осознаваемые изменения “Я”. Мнестические и интеллектуальные способности и задатки личности формально остаются сохранными. Нарастающие изменения касаются в основном проявлений темперамента, характера и самосознания. Пациенты отмечают, что прежняя быстрота и автоматизированное использование прежних интеллектуально-мнестических способностей затруднены, новые приобретаются с некоторым трудом и требуют усилий и более длительного времени. У ряда пациентов падает интенсивность психической деятельности, замедляется темп мышления, воспоминаний, деятельности, появляется рефлексия. У других отмечается некоторая ригидность, появляется эмоциональная возбудимость, сензитивность. Нарушается пластичность, устойчивость, твердость, активность в характере, нарастают обидчивость, застенчивость, нерешительность, самокопание. Пациенты прислушиваются и отмечают изменения собственной активности, произвольности, идентичности и целостности личности. Направленность личности не изменяется, но ее реализация затруднена. Набор ролей и масок остается в прежнем объеме, но пациенты отмечают некоторую скованность, неестественность, обеднение в их исполнении и применении, что необходимы большие усилия для их реализации, в то же время их реализация не дает прежней эмоциональной удовлетворенности, радости, интереса. В силу этих изменений пациенты стремятся избегать применения в прежнем объеме и частоте психической и физической деятельности. Пациенты охотно констатируют наблюдающиеся в них изменения, “наслаждаются” самоанализом, самокопанием, но никаких активных усилий для их устранения не принимают.

6.2.2.3. Объективно определяемые изменения личности. Если предшествующий негативный синдром в основном определяется по субъективному предъявлению симптомов изменений личности, то при данном наблюдающиеся расстройства заметны родным, близким, знакомым пациента. Идет дальнейшее нарастание утраты преморбидных индивидуальных свойств темперамента и черт характера. У одних пациентов происходит заострение и огрубление преморбидных черт темперамента и характера, приводящих к социальным затруднениям. У других появляются черты характера, не свойственные личности ранее. Эти изменения отчетливо замечаются окружающими как проявления болезни, нарастают подчиняемость, конформность, впечатлительность, ранимость. Больные охотно принимают опеку, руководство со стороны близких и родных, а, подчиняясь другим людям, давать внезапные взрывы недовольства, раздражительности, даже легкой злобы.

Поведение и жизнь пациента приобретает монотонно-пассивный, зависимый характер, отмечается сужение круга интересов, в первую очередь, в выборе активности, сфер деятельности; обедняются побуждения; новое, неизвестное страшит, вызывает пассивное сопротивление. Творческий потенциал личности существенно снижается, что отмечают окружающие и субъективно меньше переживается самим пациентом. Нарастают чрезмерная реактивность, сензитивность, эмоциональная возбудимость со склонностью к экспансивным вспышкам, нередко не соответственно раздражителю, заметно усиливается ригидность всех психических процессов. У ряда пациентов появляется педантичность, мелочность, пунктуальность, прилежание, добросовестность, чрезмерная аккуратность, ханжество. Нарастание этих изменений личности сопровождается уменьшением творческой активности, продуктивности и увеличением социальных затруднений и конфликтов.

6.2.2.4. Дисгармония личности. Наиболее емкое и широкое понятие, включающее как патологические развития личности (психопатии), так приобретенные в результате психического заболевания дефекты.

Психопатии (истинные, ядерные, генуинные, идиопатические) — это аномалии характера (патология личности), в происхождении и развитии которых большой удельный вес занимают конституциональные факторы, а также и дефекты воспитания.

В патохарактерологических развитиях — наиболее неблагоприятные факторы микросоциальной среды занимают ведущее место в патологическом развитии личности.

Психопатизация — дисгармоничное развитие личности, возникающая на фоне органических церебральных или некоторых хронических соматических заболеваний с неблагоприятным течением.

Клинические критерии психопатических состояний (в МК.Б-10 “Расстройства зрелой личности”) выделены П. Б. Ганнушкиным (1933) и определены О. В. Кербиковым (1962) как тотальность, относительная стабильность патологических черт характера (личности) и их выраженность в такой степени, что приводит к выраженной социальной дезадаптации. Клиническая дезадаптация психопатии приравнивается к реакциям, состояниям, фазам психической патологии, т. е. преимущественно представлена позитивной симптоматикой.

Выделяют следующие клинические варианты психопатических состояний (дисгармоний личности).

6.2.2.4.1. Астенический вариант. Ведущие свойства личности — быстрая истощаемость, утомляемость, вялость, нерешительность, сензитивность, эмоциональная лабильность со склонностью к депрессивным формам реагирования. Им свойственны также такие черты характера, как ипохондричность, повышенная впечатлительность, ранимость, робость, застенчивость, мнительность, обидчивость, уступчивость. Они охотно строят планы деятельности, общения, но не могут их реализовать, решиться на общение, на новые знакомства, отстаивание своих планов, перевод их в сферу деятельности. Они с трудом входят в новый коллектив, затрудняются при контактах с окружающими, особенно если это незнакомые и малознакомые люди или руководители предприятия. В качестве компенсации нередко выступает утрированная педантичность, консерватизм, стремление к сохранению привычного уклада жизни. Декомпенсация может быть

представлена астеническим, астено- депрессивным, астено-ипохондрическим синдромами.

6.2.2.4.2. Психастенический вариант (ананкастное расстройство личности).

Для них характерны чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности, склонность к анализу и самоанализу (рефлексии), мнительность, тревожность, осторожность. Превалирует рассудочная деятельность, склонность к образованию навязчивостей, озабоченность деталями, правилами, перечнями, организацией и графиками, чрезмерная добросовестность, скрупулезность и неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям. Обычно эти люди упрямые, педантичны, косты с боязнью нового, непривычного. Неуверенность в себе создает условия для быстрого возникновения ритуалов и усвоения примет и суеверий, беспочвенных ипохондрических переживаний. Декомпенсация в виде обсессивного, фобического, обсессивно-фобического синдромов.

6.2.2.4.3. Возбудимый вариант (аффективно неустойчивые). Характерны неустойчивость настроения, капризность, крайняя раздражительность, конфликтность, взрывчатость, несдержанность, склонность к агрессии. Неадекватность реакции на внешние раздражители сочетается у них с отсутствием самостоятельности, в крайней податливости, повышенной впечатлительностью. На них нельзя положиться — это “люди минуты”, увлекающиеся и забывающие о собственных решениях. По самому незначительному поводу возникают аффективные разряды — они кричат на окружающих, наносят побои. Гневливость, несдержанность часто является причиной того, что больные становятся правонарушителями. Приступы гнева и ярости обычно сменяются раскаиванием и сожалением о случившемся, но в дальнейшем аффективные вспышки повторяются.

6.2.2.4.4. Эпилептоидный вариант. Близко стоит к вышеописанному варианту. Характеризуется сочетанием эксплозивности, склонности к дисфориям и патологического усиления влечений, являющегося часто источником асоциального поведения. Другие лица отличаются биполярными колебаниями аффективности — от эксплозивности до аффективной вязкости, педантичности, чрезмерной аккуратности, обстоятельности, исполнительности, преданности традициям, утрированности к приверженности традициям, справедливости и порядку. Декомпенсации представлены дисфорическими состояниями, кратковременными эпизодами психомоторного возбуждения.

6.2.2.4.5. Паранойяльный вариант . Отличительными чертами являются подозрительность, мнительность, высокая степень готовности к образованию сверхценных и бредовых идей. Им характерны замкнутость, оторванность от реальности, патологическая подозрительность, эгоцентризм, повышенное самомнение. Эти люди с крайне узкими и односторонними интересами, недоверчивые и подозрительные, с упорством в отстаивании своих убеждений, угрюмые и злопамятные, часто грубые и бестактные, готовые в каждом видеть недоброжелателя. В конфликтной ситуации легко наступают своеобразные реактивные состояния — паранойяльные реакции, реже паранойяльное развитие личности.

6.2.2.4.6. Истерический вариант . В поведении преобладают деланность, рисовка, неестественность, демонстративность, театральность, утрированность. Их рассказы содержат много вымысла. Убеждены, что они представляют себя утонченными, особенными, художественными натурами,

которым приходится жить с грубыми, “неотесанными”, не понимающими их людьми. Они непременно хотят быть оригинальными, и так как это редко удается им в области положительной творческой деятельности, то они хватаются за любое средство, подвертывающееся под руку, лишь бы была возможность привлечь к себе внимание необычными явлениями (например, какой-нибудь болезнью — сцены припадков, загадочными подъемами температуры и др.) или самооговорами (покушение, изнасилование и т. п.). Психика этих лиц отличается незрелостью, детскостью, склонностью к быстрым и резким переменам настроения, настойчивыми претензиями, стремлением привлечь к себе внимание, внушаемостью к самовнушаемостью. Декомпенсация может быть представлена многообразными истерическими симптомами и синдромами.

6.2.2.4.7. Шизоидный вариант (патологически замкнутые). Ведущие черты — замкнутость, сниженная потребность в общении, недостаточная эмоциональная отвлекаемость. Темперамент проявляется высокой сензитивностью, малой эмоциональной возбудимостью, выраженной интервертированностью, ригидностью. Им свойственно отсутствие внутреннего единства и последовательности психической деятельности в целом, причудливость, парадоксальность эмоциональной жизни и поведения. Шизоид отрешен от действительности, склонен к символике, малопонятным теоретическим построениям. В жизни их обычно называют оригиналами, чудаками, странными, эксцентричными. Причудливость интеллектуальной деятельности проявляется в том, как они обобщают фактические данные, в образовании или понятий, или их сочетаний, в логических комбинациях, неожиданных выводах, резонерских рассуждениях и склонности к символике в творчестве. Пафос и готовность к самопожертвованию ради торжества отвлеченных концепций общечеловеческого порядка сочетаются у них с полной невозможностью понять и откликнуться на эмоциональные проявления близких. Внушаемость и легковерие у них непонятно уживается с выраженным упрямством и негативизмом. Декомпенсация представлена астецо-депрессивным синдромом, резонерскими депрессиями.

6.2.2.4.8. Гипотимический вариант. Основные черты — пониженное настроение, сплин, грусть, тотальный пессимизм. Их отличает повышенная сензитивность, частые эмоциональные реакции грусти, спада настроения, интроверсия, ригидность. Преобладает уныние, угрюмость, склонность к недоверию, пессимизму, стремление во всем видеть мрачные стороны жизни в настоящем и будущем. Они быстро устают от работы, разувериваются в ее выполнении, необходимости, склонны к пониженной самооценке, легко замыкаются, держатся обособленно. В то же время это тонко чувствующие натуры, способны к глубокому сопереживанию, душевной теплоте, отзывчивости, доброте. Они плохо приспосабливаются к новой ситуации, крайне трудно меняют ролевое поведение, но, втянувшись в неформальную группу, оказываются достаточно интересными, активными людьми. Декомпенсации представлены отчетливыми депрессивными состояниями.

6.2.2.4.9. Гипертимический вариант. Основные черты прямо противоположны вышеприведенному варианту — приподнятое настроение, активность, тотальный оптимизм. Данные люди отличаются высокой активностью, ускоренным темпом реакций, повышенной эмоциональной возбудимостью и пластичностью, подчеркнутой экстравертированностью. Они энергичны, быстро откликаются на все новое, предприимчивы, склонны к авантюризму, доброжелательны, отзывчивы, расточительны. Им свойственны повышенное самомнение, хвастливость, склонность к шуткам, остроумию. Они нетерпимы к критике, замечаниям, отличаются несобранностью,

неустойчивостью интересов, их сменой, повышенной увлекаемостью новым. Иногда они легкомысленны, морально неустойчивы, легко переступают границы норм, дозволенного, легко и часто меняют роли, но они не отличаются глубиной и устойчивостью. Декомпенсации представлены отчетливыми гипоманиакальными состояниями.

Возможны смешанные расстройства личности, которые трудно уложить в вышеперечисленные варианты дисгармонии личности. Все перечисленные варианты психопатических состояний могут иметь конституциональную обусловленность и в этом случае являются основными клиническими формами психопатий, но могут возникнуть в результате различных психических заболеваний (шизофрения, органические поражения головного мозга и т. д.).

По МКБ-10 к расстройствам зрелой личности и поведения взрослых отнесены расстройства привычек и влечений, в частности, патологическая склонность к азартным играм, патологические поджоги (пиромания) и воровство (клептомания), а также расстройства половой идентификации (транссексуализм, фетишизм, эксгибиционизм, педофилии, садомазохизм и др.).

Дисгармония личности (хронические личностные изменения по МКБ-10) может являться результатом травмирующих переживаний (невротические развития личности), но и быть последствием тяжелых, рецидивирующих или длительных психических расстройств.

Дисгармонию личности при непрерывно прогрессивной и шубообразной шизофрении нередко называют шизоидизацией. Для нее характерны патологическая рефлексия, нелюдимость (аутизм), снижение духовной связи с людьми, интереса к общественной жизни, эмоциональная хрупкость, ранимость (симптом “дерева и стекла”). Нарастают стереотипность поведения, его ригидность, иногда утрированная педантичность, подчиняемость, схематичность мышления. Нарушается интерирированность высших и низших влечений, от регресса мотивов деятельности до эгоистически-утилитарных или гедонических. Может измениться система ценностных ориентаций (мировоззрение), например, внезапная религиозность, увлечение мистикой, изобретательством и т. п.

6.2.2.5. Снижение энергетического потенциала. Характеризуется более существенной редукцией всей психической деятельности, в первую очередь психической активности, продуктивности, значительном затруднении в активном использовании имеющегося объема знаний, навыков, умений. Формальная сохранность предпосылок к интеллекту, его возможность функционирования и дальнейшего совершенствования становится все беднее или почти невозможным. Нарастают изменения характера, и направленность личности становится столь выраженной, что начинает сказываться на отношении больного к самому себе, окружающим, труду. Продолжают нарастать явления аутизации и обеднения эмоциональной сферы, достигающие достаточной выраженности. Имеющиеся изменения меняют облик и поведение больных. Они становятся замкнутыми, скрытными, молчаливыми, пассивными, безынициативными. Утрачивается интерес к окружающему, работе, в первую очередь творчеству. Эмоциональные реакции теряют свою силу, быстроту, отчетливую дифференцированность, становятся тусклыми, неглубокими, маловыразительными. Развиваются черствость, эгоистичность, эмоциональная скудость, отличаются холодностью, жестокостью.

Основные свойства темперамента претерпевают выраженную редукцию: падает реактивность, сензитивность, активность, сила, подвижность психических процессов.

Можно выделить три группы пациентов с несколько разной негативной симптоматикой. В первой нарастает эмоциональная уплощенность, нивелировка с появлением странностей и чудачеств эмоциональных реакций; расстройства моторики проявляются в виде вялости, пассивности, отсутствия пластичности движений, угловатости, снижения интересов, изменения их направленности. Во второй преобладает слащавость, угодливость, “застывание” преимущественно отрицательных эмоций (злобность, мстительность), двигательная сфера утрачивает пластичность, появляется педантичность, мелочность, чрезмерная аккуратность, склонность к стереотипным действиям, влечениям, целям. В третьей нарушается активная реализация и пополнение задатков, способностей и интеллектуальных достижений (знаний, опыта, навыков) без их формальной утраты.

6.2.2.6. Снижение уровня личности. На фоне нарастающих признаков падения энергетического потенциала происходит дальнейшая нивелировка индивидуальных личностных черт. Качественные и количественные изменения индивидуальных параметров темперамента, характера и направленности личности столь значительны, что личность теряет свой индивидуальный облик, значительно снижается круг интересов, интересы ограничивают утилитарно-гедонистические потребности.

У одних больных продолжается прогрессирующее нарастание эмоционально-волевого снижения, что доходит до степени выраженной гипобулии, нивелировки и выраженного снижения эмоций. Мышление характеризуется оторванностью от реальности, выхолащенностью, обнаруживаются признаки соскальзывания, резонерства, разноплановость, аморфность, паралогичность и символизм, в целом мышление становится стойко непродуктивным.

У других пациентов снижение уровня личности связано с нарастанием эгоистически-утилитарных интересов. Эмоциональные переживания однообразно обеднены, сменяются периодами раздражительности, злобности, приобретающих характер эксплозивности и брутальности. Поведение однообразно, стереотипно и обслуживает эгоистические интересы. Мышление бедное, однообразно-стереотипное, ригидное, тугоподвижное с детализацией, затруднено переключение. При формальной сохранности интеллектуальных возможностей отмечаются нарушения запоминания, ретенции и репродукции на фоне пассивного внимания и выраженной астении.

У третьих больных значительное снижение личности сочетается с благодушно-беспечным, легкомысленным настроением, рефлекторным, облегченным поведением, недоосмыслием и поверхностно-рефлекторным нарастанием интеллектуальных расстройств.

6.2.2.7. Регресс личности. Характеризуется выраженным распадом индивидуального облика личности. Так же, как и при предыдущем негативном синдроме, различия связаны с нозологической принадлежностью.

При одной из форм наблюдается почти полное равнодушие, безразличие к окружающему, к своей собственной судьбе, пребыванию в стационаре, приходу родных (апатия). Резко падает интенсивность волевых устремлений и соответственно активных целенаправленных волевых действий (абулия).

Моторика становится угловатой, необычной, причудливой, вычурной с утратой пластичности, гармоничности движений. Мышление апродуктивное, аморфное, вплоть до разорванности. Данные проявления могут быть также обозначены как апатико-абулический синдром.

При другой форме в клинической картине преобладают крайняя взрывчатость, брутальность и однообразная бедность аффекта, выраженная аффективная лабильность. Поведение отличается однообразием, бедностью вне аффективной лабильности и стереотипно однообразного возбуждения при взрывчатости. Мышление малопродуктивное, тупоподвижное со склонностью к застреванию и даже стереотипными кверулянтскими и примитивными тенденциями. Полное отсутствие критического отношения к расстройствам и своему состоянию. Отмечается значительное снижение интеллектуально-мнестических функций.

При третьей ведущим являются беспечность, благодушие, облегченность, бестактность с невозможностью осмысления и предвидения своих поступков, эмоциональных реакций, бытовых ситуаций, снижение памяти, расторможенность низших влечений при полной акритичности к поведению и высказываниям.

6.2.2.8. Амнестические расстройства. Страдают в первую очередь не интеллектуальные функции, а преимущественно мнестические функции памяти, проявляющиеся в основном гипомнезией как текущего запоминания, удерживания и воспроизведения некоторых событий и фактов из прошлой жизни. Память становится как бы “прорешливой”, бедной, скудной. Нарастает прогрессирующая амнезия по закону Рибо (от настоящего к прошлому).

У ряда больных ведущей симптоматикой является фиксационная амнезия, когда пациенты не в состоянии удерживать в памяти текущие события. По мере длительности существования фиксационной амнезии “провал” памяти становится все существеннее. Параллельно нарастает амнестическая дезориентировка во времени, окружающей ситуации и обстановке. Сохраняется память на более отдаленные события так же, как и память на приобретенные в прошлом знания. Классическим примером фиксационной амнезии является корсаковский синдром, но при негативных расстройствах практически отсутствуют парамнестические нарушения. Высшие интеллектуальные функции страдают вторично за счет расстройств памяти. Длительно сохраняются морально-этические качества и стереотипные формы поведения. В ряде случаев сохраняются элементы критической оценки интеллектуально-мнестического дефекта и даже делаются попытки приспособления к нему (записи, ведение дневников и т.п.). В других случаях на фоне амнестических расстройств резко заостряются преморбидные свойства личности, в третьих случаях появляются психопатологические симптомы, связанные с локальными поражениями головного мозга (эйфория, дисфории, злобность и т. д.).

К амнестическим расстройствам могут присоединяться парамнестические.

Возможно как “мерцающее”, так и преимущественно прогрессирующее течение.

По существу данные расстройства являются вариантом парциального слабоумия,

6.2.2.9. Тотальное слабоумие (глобальная деменция). Данный негативный синдром характеризуется глубокой утратой индивидуальных личностных черт с разрушением “ядра личности”. В отличие от предыдущего синдрома грубо нарушаются высшие, дифференцированные интеллектуальные функции образования новых суждений, умозаключений, адекватного осмысления происходящего, правильного манипулирования понятиями, способность к анализу и синтезу, обобщению и сравнению, классификации и делению и .т. д. Мышление становится бедным, апродуктивным, приобретает характер стереотипных высказываний, штампов, вплоть до “симптома граммофонной пластинки” и последующей разорванности. Страдает не только собственно интеллект, но и запас знаний и навыков, духовный инвентарь. Исчезает не только критическая оценка своего нарастающего дефекта, но и грубых изменений личности. Параллельно грубо разрушаются мнестические функции.

Утрачиваются высшие эмоции, чувства, целеполагание, запросы становятся утилитарно-эгоистические. Отмечаются периоды облегченного беспечного настроения или периоды немотивированной злобности, сменяющиеся безразличием. Растормаживаются низшие влечения.

В плане синдромологических особенностей слабоумие делится на следующие виды (В. М. Блейхер, 1976):

а) простое слабоумие. Его структура целиком состоит из выраженных расстройств интеллектуально-мнестических функций в сочетании с признаками регресса личности различной степени выраженности;

б) психопатоподобное слабоумие. В его структуре значительное место занимают выраженные дисгармонии личности либо в виде утрированного заострения преморбидных особенностей, либо в виде появления новых аномальных черт характера;

в) галлюцинаторно-параноидное слабоумие. Возможно сочетание регресса личности либо признаков деменции с галлюцинациями и отрывочными бредовыми идеями, тесно связанные с особенностями деструктивного поражения головного мозга, его локализацией, структурой и степенью выраженности негативной симптоматики. По мере нарастания негативной симптоматики галлюцинаторно-бредовая симптоматика теряет актуальность, связанность, структурность и становится редуцированной, фрагментарной и постепенно исчезает;

г) амнестически-парамнестическое слабоумие. Характеризуется сочетанием корсаковского синдрома и амнестических расстройств, по мере нарастания начинает преобладать негативная симптоматика;

д) паралитическое слабоумие. Грубый интеллектуальный дефект сочетается с эйфорией: выраженными расстройствами памяти, отрывочными бредовыми идеями величия и паралитическими конфабуляциями. Паралитический синдром встречается только при прогрессивном параличе. При других заболеваниях (сифилис мозга, травматическая энцефалопатия, алкогольная болезнь, опухоль мозга) его называют псевдопаралитическим;

е) асемическое слабоумие включает деменцию и симптомы очаговых выпадений корковых функций: афазию, апраксию, акалькулию, алексию, аграфию.

6.2.2.10. Психический маразм. Завершающий, наиболее тяжелый негативный синдром, психический дефект. Наблюдается полный распад психической деятельности, распадается мышление, внимание, память, восприятие, утрачивается возможность контакта с окружающими, исчезают интересы и побуждения к деятельности, проявляется только грубое удовлетворение пищевого влечения с эмоциями удовольствие—неудовольствие. Маразм является заключительной стадией грубо прогрессирующих ослабумливающих заболеваний (терминальное слабоумие). Данный синдром сочетается с признаками общего маразма, физического истощения, выраженными трофическими расстройствами, очаговыми неврологическими симптомами, судорожными припадками, появлением пролежней, дистрофией внутренних органов.

Негативные синдромы наблюдаются при большинстве психических заболеваний. При этом каждой нозологической форме соответствует свой, максимально достижимый уровень негативной симптоматики.